Rok XXXIII. Kraków 30. Czerwca 1894 r. Nr. 26.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 14 mk. | we Francyi 24 fr. |
| Półrocznie: | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie: | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ 1½ „ | „ 3¹/₈ „ | „ 6 „ |



## I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

## O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał
Dr. Aleksander Rosner,
pierwszy asystent.

Rozwój guzów jajnikowych u kobiet ciężarnych nie należy do zdarzeń wyjątkowych. Dowodzi tego statystyka, ale i bez jej pomocy, *a priori*, łatwo zrozumieć, że nie może być inaczej. Wszak guz jednego jajnika nie przeszkadza najczęściej czynności drugiego, nie znosi drożności trąbki strony przeciwnej, często nie przemieszcza macicy ani jej nie zagina a z reguły nie wywołuje zmian chorobowych na jej błonie śluzowej. A gdzie jajko może wyjść z jajnika i przejść przez trąbkę do macicy, gdzie nasienie może znaleść sobie drogę do jamy macicznej, gdzie w końcu zapłodnione jajko znajduje zdrową błonę śluzową, tam stało się zadość wszystkim warunkom potrzebnym do rozwoju ciąży.

Już trudniej zrozumiałe a mimo to niewątpliwe są te przypadki, w których przyszło do zapłodnienia mimo zajęcia obu jajników. Jeżeli te guzy po obu stronach dostrzeżono dopiero po porodzie, jak w dwóch przypadkach Spiegelberga[1]), jeżeli guzy te, jak było w obu tych przypadkach, były szybko rosnącymi nowotworami złośliwymi, to nasuwa się przedewszystkiem wątpliwość, czy w chwili zapłodnienia nowotwory te już istniały. Ale że to jest możliwe, tego dowodzą inne przypadki (Veita owaryotomia obustronna w 2-gim miesiącu, Thorntona[2]) owaryotomia obustronna z powodu torbieli skórzakowych w trzecim miesiącu ciąży, Mundego[3]) obustronna owaryotomia w 5-tym miesiącu ciąży) a w końcu i badania drobnowidowe, które w zmienionym przez nowotwór jajniku wykazały przecież dojrzałe pęcherzyki Graafa.

Choć więc powikłanie ciąży guzami jajnika nie może być i nie jest rzadkiem, to przecież każdy taki przypadek budzi nie małe zajęcie. Naprzód pod względem rozpoznawczym, potem co do przebiegu rozmaitego a nigdy z góry przewidzieć się niedającego, dalej co do rokowania a w końcu co do leczenia. A powikłanie ciąży guzami jajnika to pole, na którem spotyka się położnictwo z ginekologią, położnictwo w leczeniu konserwatywne i osiągające tym racyonalnym konserwatyzmem doskonałe wyniki i ginekologia operacyjna, oparta na znakomitych rezultatach ostatnich lat dziesiątków i wskutek tych rezultatów radykalna.

Jak położnik niechętnie wykonywa laparotomię na osobie ciężarnej, bo ona może przerwać ciążę, tak z drugiej strony ginekolog niechętnie patrzy na rozwój i to najczęściej szybki guzów jajnikowych, które, jeżeli nie są powikłane ciążą, wprost wymagają owaryotomii. Ztąd w sprawie postępowania leczniczego wobec ciąży powikłanej guzami jajnika widzimy pewien zamęt i mimo rozległej literatury i statystyki dotąd brak jednolitych zasad. W czem szukać przyczyny tego zjawiska? Przedewszystkiem w tem, że w statystyce nie oddziela się przypadków, w których wskutek niekorzystnego położenia, wielkości i natury guza z góry przewidywać można groźne następstwa od tych, których położenie, wielkość i natura czynią powikłanie to mniej groźnem. Statystyka mieszając razem obie grupy, dochodzi do wskazań leczniczych, które są często zbyt konserwatywne dla pierwszej grupy a zbyt radykalne dla drugiej.

Każda z tych grup wymaga niewątpliwie osobnej statystyki i osobnych wskazań leczniczych. Dalej trudność w ułożeniu pewnych reguł postępowania tkwi w tem, że musi się mieć na myśli dwie istoty, matkę i dziecko i często porównywać ze sobą sposoby leczenia, z których jeden poświęca płód dla korzyści matki a drugi nie poświęcając wpraw-

[1]) Olshausen: Die Krankheiten der Ovarien, 1886. 130.
[2]) Thornton: Annales de gynécologie XXV. 1886. p. 225.
[3]) Mundé; Annales de gynécologie. 1887. II. p. 222.

dzie kobiety dla dziecka, każe jej przecież narażać się na pewne niebezpieczeństwo.

Zanim przystąpię do dokładniejszego rozstrząśnienia przebiegu, rozpoznania i rokowania i zanim przedstawię sposób postępowania leczniczego przyjęty w klinice krakowskiej, przytoczę naprzód 10 przypadków z tejże kliniki, na które przyjdzie mi się niejednokrotnie powołać.

Przypadki te, choć nieliczne, są jednak pod wielu względami ciekawe i pouczające i uderzają rozmaitością przebiegu. Zestawiam je pokrótce, uwidoczniając tylko ważniejsze szczegóły wywiadów, stanu obecnego i przebiegu.

Przypadek I-szy *Cystoma ovarii multiloc. sinistrum in cavo Douglasii incarceratum. Partus praematurus. Narcosis, repositio tumoris. Sanatio* [1]).

(L. prot. poł. 201. z r. 1884/5). B. H. l. 26. rz. kat. zam. z Krakowa.

Wywiady: Pięć porodów przedtem prawidłowych, ostatni przed dwoma laty. Przypadłości chorobowych podczas ostatniej ciąży nie doznawała, o guzie w brzuchu nic nie wie. Bóle porodowe rozpoczęły się przed 30-ma godzinami.

Stan obecny: Badanie zewnętrzne wykazuje znaki porodu w położeniu płodu czaszkowem pierwszem, nieustalonem. Główka nad spojeniem i ku przodowi wyparta. Badanie przez pochwę poucza, że części pochwowej brak, ujście zewnętrzne wielkości talara wyparte ku przodowi znajduje się wysoko.

Tylne sklepienie i tylna ściana pochwy wyparta przez guz elastyczny, chełbocący, mniej więcej wielkości głowy. Główka płodu okryta całym jeszcze pęcherzem, mała, ruchoma. Przez odbytnicę czuć to samo ciało wypuklające przednią jej ścianę.

Przebieg. Zastósowano narkozę chloroformową. Ręką wprowadzoną do pochwy wysunięto guz ponad wchód miednicy, poczem przebito pęcherz. Główka wstąpiła natychmiast do cieśni, poczem poród odbył się w przeciągu kilku minut. Łożysko wyjęto ręcznie. Podano sporysz.

Przebieg porodu zakłócony był gorączką, jednak chora mogła już dwunastego dnia po porodzie bez gorączki i żadnej bolesności opuścić klinikę. Badanie w tym czasie wykazało, że guz jest wielokomorowy i wychodzi z jajnika lewego. Dziecko urodzone ważyło 2000 gr. i opuściło klinikę wraz z matką zdrowe.

Przypadek II-gi *Graviditas II. Cystis ovarii dextri Ovariotomia, abortus subs. peri- et parametritide. Sanatio.*

R. K. l. 27. z Makowa, przyjęta 20. Stycznia 1888. Nr. prot. ginek. 25.

Wywiady: Miesiączkowała od 19. roku życia prawidłowo. Rodziła raz przed dwoma laty. Po porodzie regularność prawidłowa, ostatnia przed 7-ma miesiącami. Od tego czasu uważa powiększenie się brzucha i lekki ból w krzyżach.

Stan obecny: W sutkach żadnych objawów zwiększenia czynności. W jamie brzusznej wybadać można guz o ścianach cienkich, wypełniony płynem; sięga on od spojenia do wyrostka mieczykowatego, na boki zaś do obu kolców biodrowych. Od spojenia do wyrostka mieczykowatego 46 cm., obwód 99 cm. Macica da się wybadać, jest nieco niżej i bliżej kości krzyżowej i nie wydaje się powiększoną.

Przebieg: 28. Stycznia owaryotomia; przebieg operacyi typowy; zabieg łatwy.

10. Lutego. Wyjęto szwy. Po operacyi aż do 4. Lutego nudności, wymioty i odchody krwawe. 4. Lutego mocne bóle w krzyżach i w dolnej połowie brzucha. W nocy z 4. na 5. Lutego poronienie. Potem przez dwa miesiące leżała w łóżku z powodu *peri- et parametritis.* Dnia 6. Kwietnia wyleczona opuszcza klinikę.

[1]) Przypadek opisany w *Przeglądzie lekarskim* 1885. Nr. 24. i 25. przez Dra Jana Rosnera.

Przypadek III-ci. *Graviditas trium mensium. Cystoma proliferum papillare ovarii dextri. Ovariotomia. Sanatio.*

J. M., l. 24. z Łańcuta, przyjęta do kliniki 23. Czerwca 1888. r.

Wywiady: Rodziła raz przed dwoma laty prawidłowo. W połogu miała mieć dreszcze, gorączkę i bóle w podbrzuszu przez czas dłuższy. Wezwany lekarz miał przez nakłucie brzucha wypuścić kilka litrów ropy. Przed kilkunastu miesiącami spostrzegła powiększenie się brzucha. Od trzech miesięcy niema miesiączki, która przedtem była prawidłowa.

Stan obecny: Linia środkowa zabarwiona, w brzuchu czuć dwa opory, jeden bliżej określić się niedający nad spojeniem łonowem, drugi pochodzi od guza sięgającego na 4 palce ponad pępek, na boki zaś do linii biodrowych przednich. Obrzęk ten jest elastyczny, ruchomy, niebolesny i nie okazuje chełbotania. Przedsionek, pochwa i część pochwowa sino-różowa, część pochwowa znajduje się wysoko i jest pulchna. Macica leży poziomo, jest w górę wciągnięta i nie wydaje się powiększoną.

Przebieg. 4. Lipca laparotomia. Wypuszczenie płynu trójgrańcem. Podwiązanie i przecięcie nielicznych zrostów, podwiązanie szypuły wychodzącej z prawego rogu macicy powiększonej do wielkości pomarańczy. Opatrzenie, szew. Przebieg pooperacyjny idealny, do połowy Sierpnia niczem niezakłócony. Chorą stracono z oczu.

Przypadek IV-ty. *Cystis ovarii dextri in cavo Douglasii incarcerata; partus. Sectio caesarea modo Saengeri. Peritonitis septica. Mors.*

Z. A., l. 20. z Polanowic. Przyjęta do kliniki 3. Kwietnia 1890 r. Nr. prot. poł. 135.

Wywiady: Rodziła raz przedwcześnie przed rokiem. Ost. regularność w Kwietniu 1889., ruchy poczuła we Wrześniu tegoż roku. Bóle porodowe rozpoczęły się 30. Grudnia i tegoż dnia odeszły wody płodowe.

Stan obecny. Poród z końcem ciąży, pierwszy okres z pęknięciem pęcherza, położenie płodu czaszkowe. Bezwzględne ścieśnienie miednicy z powodu guza, który, zdawało się, że wychodzi z tylnej ściany szyi macicznej (*fibroma retrocervicale*).

Przebieg: 3. Stycznia wykonano cięcie cesarskie metodą Saengera. Płód donoszony, żywy, płci męskiej. Do 6. Stycznia objawy ostrego zapalenia otrzewnej zakończone tegoż dnia śmiercią.

Sekcya wykonana w zakładzie anatomo-patologicznym prof. Dra Browicza wykazała jako przyczynę śmierci posokowate zapalenie otrzewnej, powstałe wskutek nieopatrznego pozostawienia gąbki w jamie brzusznej, nadto objawy ogólnej posocznicy. Rozpoznanie sekcyjne brzmi: *Sectio caesarea lege artis facta. Exsudatum peritonei septicum. Cystovarium dextrum majoris gradus in cavo Douglasii incarceratum, stenosim permagni gradus tractus genitalis efficiens. Pneumonia lobularis ambilateralis recens, dilatatio cordis dextri. Fragmentatio musculi cordis. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa in adiposam vergens hepatis. Nephritis subacuta ambilateralis.*

Przypadek V-ty. *Cystadenoma ovarii sinistri ac cystis dermoidalis abscedens ibidem. Partus coccyge praevio. Extractio manualis foetus et placentae. Collapsus, mors.*

G. R., l. 23., z Pińczowa. Przyjęta do kliniki 11. Czerwca 1890. (Nr. prot. poł. 365).

Wywiady: Rodziła raz prawidłowo. Nie umie podać żadnych szczegółów odnoszących się do obecnej ciąży. Bóle porodowe rozpoczęły się 10. Czerwca o 12-tej w południe. Na inne pytania nie daje żadnych odpowiedzi.

Stan obecny. Poród na czasie. Położenie płodu miednicowe drugie. Tężec macicy. W lewem sklepieniu kolo macicy czuć jakiś bliżej niedający się określić opór.

Przebieg: Przy całkowitem rozwarciu ujścia przebito pęcherz. Celem usunięcia tężca stósowano kąpiele ciepłe, nakoniec i uśpienie chloroformowe bez skutku. W końcu wydobyto dziecko ręcznie za pośladki a wkrótce potem łożysko.

Dziecko nieżywe. Zaraz po porodzie zapad a w 12 godzin później mimo środków skrzepiających śmierć. Sekcyę zwłok wykonano nazajutrz w zakładzie anatomo-patologicznym prof. Dra Browicza.

Rozpoznanie sekcyjne brzmi: *Peritonitis sero-fibrinosa diffusa, cystadenoma ac cystis dermoidalis ovarii sinistri. Involutio uteri incompleta. Atelectasis lobi intimi pulmonis utriusque ex elevatione diaphragmatis; haemorrhagia punctata pulmonum. Hypoplasia trunci aortae. Peribronchitis tuberculosa apicis pulmonis dextri. Degeneratio adiposa lev. gradus hepatis; tumor lienis acutus.*

Przypadek VI. *Cysto-sarcoma ovarii sinistri. Torsio pedunculi subsequ. peritonitide in puerpera. Ovariotomia. Sanatio.*

H. H. l. 26. z Radłowa, przyjęta do kliniki 9. Lutego 1891. roku.

Wywiady: Miesiączkowała dawniej prawidłowo. Rodziła 3 razy, ostatni raz przed 6-ma dniami. Podczas ostatniej ciąży miewała duszność i obrzęki kończyn dolnych. Sądziła, że urodzi bliźnięta. Poród odbył się siłami przyrody na czasie. Bezpośrednio po porodzie brzuch nie zmniejszył się, jak to zwykle bywało tak, że rodząca i jej otoczenie czekało długo, ale bez skutku na poród drugiego dziecka. W 4-tym dniu połogu wystąpiły nagle objawy zapalenia otrzewnej, które zmusiły chorą do szukania pomocy w klinice.

Stan obecny: Osoba wynędzniała o cerze woskowej, rysach ostrych. Ciepłota 38·0, tętno mdłe, szybkie. W piersiach pokarm. W brzuchu guz wypełniający całą jamę brzuszną, o powierzchni nierównej, niechełbocący, elastyczny, nieruchomy, bolesny. Przy badaniu przez pochwę czuć połogową, powiększoną macicę w przedniem sklepieniu. Rozpoznano skręcenie szypuły guza jajnikowego i zapalenie otrzewnej.

Przebieg. Z powodu groźnego stanu chorej już nazajutrz po przyjęciu, 10. Lutego wykonano laparotomię, która w zupełności potwierdziła rozpoznanie. Okręcenie szypuły o 90°; na guzie i na mocno przekrwionej otrzewnej złogi wypociny włóknikowej. Guz oddzielono, szypułę wychodzącą z lewego rogu macicy podwiązano i odcięto. Opatrzenie ciepłym kwasem borowym. Przebieg operacyjny idealny. Chora zdrowa opuściła klinikę, wkrótce jednak potem umarła na na gruźlicę płuc.

Przypadek VII. *Graviditas IV. mensis. Cystis dermoidalis ovarii sinistri. Torsio pedunculi, haemorrhagia in tumorem. Peritonitis fibrinosa. Ovariotomia. Sanatio.*

H. A., l. 18., z Nowego Sącza, przyjęta do klinika 9. Maja 1891.

Wywiady: Zaczęła miesiączkować w 15. roku życia. Ostatnia regularność przed trzema miesiącami. Już przed 18 miesiącami dostrzegła powiększenie się brzucha. Przed 5-ma dniami poczuła nagle gwałtowny ból w jamie brzusznej; ból ten, choć nieco mniejszy, ciągle się utrzymuje. Od 5 dni nie miała stolca. Mocz oddaje prawidłowo. Upławów niema.

Stan obecny: Ciepłota podwyższona, tętno 100. Powłoki napięte. Za dotykaniem mocna bolesność, zwłaszcza po stronie prawej nad pachwiną. W sutkach objawy powiększenia się czynności. W brzuchu czuć guz okrągły, sięgający na trzy palce ponad pępek, elastyczny, chełbocący, bardzo bolesny, nieruchomy. Nad nim odgłos wypukowy stłumiony, zresztą bębenkowy. Ściany pochwy pulchne. Część pochwowa w prawidłowej wysokości z ujściem dziewiczem, zwrócona ujściem ku tyłowi, na falangę palca badającego długa, pulchna. W sklepieniu przedniem czuć płaski, miękkawy, elastyczny opór, w sklepieniu zaś bocznem prawem, jakby krawędź macicy. Dokładne badanie z przyczyny bolesności niemożliwe.

Przebieg. Dnia 22. Maja wykonano laparotomię. W jamie brzusznej guz zlepiony z otoczeniem świeżymi złogami wypociny włóknikowej. Na otrzewnej ściennej i jelitowej objawy zapalenia włóknikowego (przekrwienie, złogi). Guz odklejono bez trudności. Szypułka wychodząca z lewego rogu macicy mocno skręcona. Macica powiększona jak w 4tym miesiącu księżycowym ciąży. Guz niepomniejszony wytoczono i odcięto po podwiązaniu szypuły. W torbielu skórzakowym znaleziono dużo krwi świeżej i zmienionej.

Przebieg pooperacyjny znakomity. Gorączka ustąpiła zupełnie. W dwa dni po zabiegu wystąpiły bóle w dolnej części brzucha, które uśmierzono makowcem.

W Listopadzie urodziła siłami natury dziecko prawie donoszone.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

## II. Osteomalacya z uwzględnieniem leczenia jej kąpielami słonemi.

Podał

Dr. Zenon Pelczar.

Do mało uwzględnianych chorób w literaturze polskiej należy rozmiękczenie kości.

Rzadko, co prawda, zdarzają się przypadki tego cierpienia, jednak zaprzeczyć się nie da, że odkąd baczniejszą uwagę zwrócono na to cierpienie, coraz liczniej wyłaniają się obserwacye naukowe, dowodzące, że cierpienie to częściej odnaleźć się dało, niż dotąd utrzymywano.

Że rozmiękczenie kości tak dawnem jest, jak nędza i inne okoliczności, które powstaniu choroby towarzyszą i do niej usposabiają, zdaje się, że wątpliwości nie ulega; zawdzięczamy jednak dopiero Steinowi (starszemu), że pierwszy na rozmiękczenie kości zwrócił uwagę i opisał je pod względem znaczenia położniczego. Działo się to jeszcze koło r. 1775.

W tym samym czasie Cooper i Vaughau, którzy również jak Stein wykonywali cięcie cesarskie u osteomalatycznych, zajęli się bliżej kwestyą rozmiękczenia kości, podobnie jak Fremery, któremu zawdzięczamy pierwszy dokładny opis miednicy osteomalatycznej.

W dalszym ciągu podejmowali badania nad tą postacią chorobową Litzmann, Hennig, Huggenberger, Weber, Fassbinder, Kassowitz, Cohnheim, Reklinghausen, z których ostatni zajęli się więcej wyświeceniem samej sprawy chorobowej, niż znaczeniem cierpienia w położnictwie.

Długo ścierały się poglądy, w jaki sposób przychodzi do zmian, które anatomia patologiczna podaje jako właściwe i charakterystyczne dla tego cierpienia. Cohnheim a po części Kassowitz utrzymywali, że powstaje w zmienionych chorobowo kościach nowa tkanka, która już zwapnieniu uledz nie może. Bliższe jednak badania wykazały, że w osteomalacyi przychodzi tylko do odwapnienia kości poprzednio zdrowych i zupełnie już wykształconych (Ziegler). Odwapnienie to, czyli rozpuszczenie soli wapniowych, rozpoczyna się od obwodu beleczek kostnych i postępuje do warstw głębszych. Sama tkanka odwapnionej kości staje się coraz to jednolitsza lub zawiera włókna mniej lub więcej delikatne. Część ciałek kostnych zanika, pozostawiając po sobie w kości otworki lub ślady swych wypustek. Odwapniona chrząstka kostna długi czas zachowuje się jeszcze prawidłowo, wydając się wówczas zdolną do przyjęcia soli wapniowych i odnowy kości; z czasem ulega ona rozpadowi i zupełnemu zanikowi.

Szpik kostny z początku jest mocno przekrwiony, nierzadko przedstawiając ogniska krwotoczne lub resztki po nich. Z czasem szpik ulega zwyrodnieniu, rozpływa się tak, że w wysokim stopniu rozmiękczenia kości długie mogą przed-

stawiać wejrzenie miękkiego worka, którego zewnętrzną powierzchnię tworzy odwapniona i cienka substancya korowa kości wraz z okostną, treść zaś zwyrodniały szpik.

Przypuszczano dawniej, że rozmiękczenie kości i krzywica to ta sama postać chorobowa i że pierwsza jest tylko dalszym ciągiem drugiej. Zapatrywania te szczególnie popierał Heitzmann swemi doświadczeniami, podzielali zaś Chossat, Cohnheim, Pommer, Bibra, Bochut i t. d.

Heitzmann wstrzykiwał kwas mlekowy podskórnie zwierzętom lub podawał im go w pokarmach i w krótkim czasie (po 2 tygodniach) wywoływał u nich objawy krzywicy, w dalszym ciągu doświadczeń (po 5 tygodniach) objawy osteomalacyi.

Przeciwne tej sprawie zajęli stanowisko Ziegler, Ribbert, Kassowitz, Klebs, Reklinghausen i inni i ci wykazali, że te dwa cierpienia są zupełnie różne.

Zapatrywanie się powyższe znaleść może poparcie w kwestyi dobrze znanej a tyczącej się pospolitości krzywicy i rzadkości, z jaką występuje rozmiękczenie kości. Gdy pierwsze cierpienie wspólne jest wszystkim narodom i nigdzie go nie brak, rozmiękczenie kości występuje rzadko i nawiedza częściej pewne strony. Krzywica wreszcie występuje w ustroju młodym i w kośćcu rosnącym, gdy rozmiękczenie kości właściwe jest tylko wiekowi średniemu, już po całkowitem wykształceniu się kośćca.

Bliższe badania chemiczne i fizyczne kości osób osteomalatycznych wykazują, że kość sama jest znacznie lżejszą i głównie pozbawioną soli wapniowych.

Wyciąg takich kości oddziaływa obojętnie lub kwaśno (Schmidt, Weber, Lehman, Goblet) — zależnie widocznie od innych względów a nie od samego cierpienia — nie pozwala też na żadne w tym względzie wnioski.

Co do samej utraty soli, obliczają ubytek ich na 40 do 60%. Mörs zaś i Munk wykazali, że wapno prędzej zanika, niż kwas fosforowy. Schmidt, Weber i Drivon znajdywali nadto w kościach takich kwas mlekowy, czem dali pochop do teoryi znanej zresztą o sposobie rozpuszczania soli wapniowych. Większa część jednak autorów, opierając się na ujemnym wyniku swych badań, zaprzecza obecności kwasu mlekowego w kościach i znaczeniu jego w tem cierpieniu (Salomon, Gaglio, Berliner, Blau, Lehman).

Co do moczu sprzeczne są wyniki badań autorów tak co do obecności w nim kwasu mlekowego jak i ilości różnych soli. Mörs, Munck, Höxter, Mommsen znajdywali kwas mlekowy, badania zaś Szmuzigera i innych tego nie wykazały. Co do ilości soli, znajdywano w moczu zazwyczaj zmniejszenie się ilości fosforanów (Munck, Szmuziger, Mommsen, Fehling, Lehman, Langendorf), zdaje się jednak, że nerki nie są jedyną drogą wydzielania soli rozpuszczonych w kości, gdyż prawie nigdy nie znajdywano w moczu zwiększenia się soli wapniowych.

Jaksch, Renzi, Fehling, Eisenhart znaleźli w kilku przypadkach zmniejszenie się alkaliczności krwi; Heitler nawet podaje tę okoliczność jako szczegół rozpoznawczy w wzmiankowanem cierpieniu, czemu znowu sprzeciwiają się badania Fehlinga a nawet samego Jakscha, który wykazał, że w wielu chorobach połączonych z charłactwem krew staje się mniej alkaliczną.

Co do samej etyologii, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że nędza, liczne porody i przedłużenie karmienia pośród ciężkiej pracy i stósunków niehigienicznych są najczęstszą i najbliższą przyczyną tego cierpienia. Według dawniejszych poglądów przywiązane być miało cierpienie nie tylko do pewnych okolic, gdzie bądź to sam grunt, bądź to wodę ubogą w sole obwiniano i podawano za przyczynę pojawienia się endemii.

I tak częściej stósunkowo napotkać można rozmiękczenie kości w dorzeczu Renu, w północnych Włoszech, niektórych kantonach Szwajcaryi, we Flandryi, Kalabryi, Bawaryi, Wirtembergii, Badenie, Alzacyi. W Austryi także dość często zdaje się, że występuje, podobnie jak w Galicyi.

W sprawozdaniu szpitali wiedeńskich za rok 1892. naliczyłem 34 przypadki, które były w leczeniu, w Truskawcu zaś, miejscu kąpielowem, mieliśmy sposobność obserwować wraz z Drem Plechem 11 przypadków w ciągu jednego sezonu, z których 10 pochodziło z wschodniej Galicyi a jeden z Bukowiny. Niespodziana ta obfitość materyału dała mi właśnie pohop do zajęcia się tą kwestyą.

Inne okolice miały być wolne, do nich według Cohnheima miało należeć dorzecze Odry a po części i Anglia. Nowsze jednak badania i wogóle większe zainteresowanie się sprawą rozmiękczenia kości wykazują, że je wszędzie wyszukać można; jakoż z dorzecza Odry Kroner kilkanaście już podał przypadków. Podobne a zupełnie analogiczne cierpienie przytrafia się także u zwierząt (Anacker, Rosoff, Tyselius, Stockfleth, Elam, Utz), jak tłómaczą, na skutek paszy ubogiej w sole. Według Utza bardzo często napotyka się tę chorobę w okolicach Czarnego Lasu w Niemczech.

Występowanie to cierpienia, jak utrzymywano, tylko w pewnych okolicach rzuciło podejrzenie endemii polegającej na swoistych grzybkach. Badania jednak dokładne krwi przez Fehlinga, Haeglera i Zürna obaliły w krótkim czasie to przypuszczenie.

Z przyczyn, które powstaniu cierpienia towarzyszą, przytacza Heitler aż 7: wilgotne mieszkanie, złe odżywianie się, pokarmy ubogie w sole potasowe i magnowe, częste ciąże, karmienie długie, ciężką pracę fizyczną i moralne cierpienia. Z innych przyczyn, które przed powstaniem cierpienia zadziałały na ustrój, podają ciężką zimnicę (Jones), przeziębienie (Gussmann), influencę (Köhl), brak powietrza (Bleuter), przedewszystkiem zaś stósunki niehigieniczne, które osłabiały organizm przez dłuższy czas. Czy dziedziczność ma jaki wpływ, nie da się na razie rozstrzygnąć, małą jeszcze nauka rozporządza statystyką; obserwacye zaś Eckmana, który w 3 pokoleniach znalazł rozmiękczenie kości, nie mogą przeważyć szali.

Często również znajdywano u osteomalatycznych ślady przebytej krzywicy.

Krzywica jednak jest tak częstą, jak to słusznie zauważył Ziemssen, że nic dziwnego, że jej ślady odszukać można niekiedy u osteomalatycznych.

Co do teoryi tłómaczących sprawę rozmiękczenia kości, różne jeszcze a nieustalone panują poglądy. Jedni uważają ją za pewien rodzaj zapalenia szpiku kostnego z następowem zapaleniem kości *(osteomyelitis cum ostitide progressiva)*. (Virchow, Volkmann, Weber, Rokitansky, Lambl, Ranvier, Rindfleisch).

Schmidt, Weber, Bouchard przypisują całą sprawę działaniu chorobowo nadmiernie wytworzonych kwasów, których ustrój rozłożyć dalej nie zdołał. Fehling uważa całą

sprawę za nerwicę odżywczą kości *(osteotrophoneurosis)*. Utrzymuje on mianowicie, że na skutek zmian w jajnikach występuje podrażnienie nerwów rozszerzających naczynia *(nervi vasodilatatores)*, które sprawia przekrwienie szpiku i wessanie soli.

Na udowodnienie swej teoryi przytacza: 1) pogarszanie się cierpienia podczas menstruacyi, 2) wielkie unaczynienie i rozszerzenie naczyń jak w ciąży, 3) polepszenie się po wytrzebieniu, 4) wielką płodność kobiet osteomalatycznych.

Najnowszą teoryą jest zdanie Petronego, który uważa osteomalacyę za skutek działania fermentu nitrifikacyjnego. Ferment ten uzyskany ze krwi osteomalatycznych osób i wstrzykiwany psom, miał wywoływać zmiany podobne do rozmiękczenia kości. W moczu zaś osteomalatyków miał znaleść kwas azotowy, któremu przypisywał odwapnienie kości.

Badania w tym względzie Fehlinga, Hörnera, Winkla i Tschistowitscha okazały wynik ujemny co do obecności we krwi chorych jakiegoś grzybka właściwego cierpieniu.

Obecność zaś samego kwasu azotowego w moczu po pierwsze nawet u osteomalatyków nie zawsze da się wykazać a towarzyszy i innym cierpieniom jak zapaleniu płuc, wysiękom opłucnowym i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił
**Dr. Karol Szadek** w Kijowie.

### II.
### Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Wątpliwym też wydaje się przypadek D i d a y a [1]) u pewnej matki, u której w 7-ym miesiącu ciąży pojawiły się na częściach rodnych kłykciny sączące; urodzone przez nią dziecię było donoszone i przedstawiało rozmaite objawy kiły, następnie zaś zmarło wskutek pęcherzycy (*pemphigus*). W przypadku D i d a y a brakowało też wiadomości o stanie zdrowia ojca w chwili zapłodnienia matki, wolno więc przypuszczać, iż w tym razie kiła dziecka mogła pochodzić nie od matki, lecz od ojca.

Przypadek C h a b a l i e r a [2]) tyczył się pewnej matki, która w 8-ym miesiącu ciąży nabyła kiły, pierwotny zaś objaw wystąpił u niej w postaci trzech stwardniałych wrzodów, usadowionych na wargach sromnych. U dziecka w tydzień po przyjściu na świat wystąpiła osutka kiłowa oraz inne objawy swoiste. W opisanym przypadku nie znajdujemy wcale wzmianki o stanie zdrowia ojca; brakuje więc nam podstawy dla twierdzenia, iżby tu nastąpiło łożyskowe zarażenie się płodu od matki.

W przypadku opisanym przez F r é m e g o [3]) matka nabyła kiły w 3-im miesiącu ciąży: w drugiej połowie brzemienności pojawiły się u niej ogólne objawy kiłowe. O stanie zdrowia ojca nie znajdujemy żadnej wzmianki w opisie przypadku a więc uzasadnione jest powątpiewanie, iżby choroba dziecka pochodzić miała od matki; nadto zaś kiłowy charakter objawów chorobowych u dziecka nie jest należycie udowodnionym.

[1]) l. c. str. 47.
[2]) Gazette médicale de Lyon. 1864 May. str. 252.
[3]) Gaz. des hôpitaux 1864. 177.

Przypadki przytoczone przez O e w r e g o [1]) dla udowodnienia śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą nabytą przez matkę już po zapłodnieniu, nie są też wolne od zarzutów: z 34 przypadków wymienionego autora tylko w pięciu stan zdrowia ojca był wiadomym, w pozostałych zaś 29 przypadkach nie znajdujemy o tem żadnej wzmianki; nadto w niektórych przypadkach kiłowa natura choroby dzieci była wątpliwą, w innych zaś płód nie przedstawiał żadnych zmian właściwych kile. Przytoczył zaś takowe O e w r e ze względu na to, iż u matki nastąpiło poronienie lub poród przedwczesny. Żaden więc z przypadków wymienionych nie może udowadniać łożyskowego zarażenia się płodu kiłą w przebiegu ciąży.

Przypadek L e w i n a [2]) tyczył się pewnej matki, która zaraziwszy się w 7-ym miesiącu ciąży kiłą, przedwcześnie urodziła nieżywe dziecię; u dziecka wykazano obecność swoistych zmian w jądrach, oraz wiele wrzodów kiłowych na skórze. Zarażenie się płodu w macicy jest już z tego powodu w przytoczonym przypadku wątpliwem, iż od pojawienia się pierwotnej zmiany u matki do przyjścia na świat dziecka z głębokiemi zmianami kiłowemi, upłynęło zaledwie 6 tygodni; trudno więc przypuścić, iżby w tak krótkim czasie przyrzut kiłowy zdążył wywołać ogólne zakażenie matki, następnie zaś udzielił się dziecięciu i wreszcie spowodował wystąpienie w ustroju płodu głębokich zmian, które mogłyby dopiero powstać w ciągu kilku tygodni. Wypadałoby tu przypuścić, iż kiła płodu pochodziła od ojca. Podobne przypuszczenie wydaje się tem więcej usprawiedliwionem wobec wzmianki o tem, że ojciec przed zarażeniem się matki miał na ustach wrzody, a więc kiła u ojca musiała być dawniejszej daty.

Przypadków d e M e r i c a [3]) i H u t c h i n s o n a [4]) w których zdrowa przedtem matka, zaraziwszy się podczas ciąży kiłą, udzieliła swej choroby dzieciom, nie można zaliczyć do rzędu przekonywających spostrzeżeń, albowiem brakuje w nich dokładnych wiadomości o stanie zdrowia ojca.

W przypadkach F l i n d t a [5]) powstaje podobnaż wątpliwość co do udziału matki, jakkolwiek zarażenie się jej nastąpiło już po zajściu w ciążę; też same zarzuty podnieść można przeciw przypadkowi spostrzeganemu przez F r a n k a [4]), zresztą opisanemu bardzo pobieżnie i niedokładnie.

Przypadek V a j d y [6]) wydaje się nam więcej przekonywającym od poprzednich; tyczył się zaś pewnego ojca, który nabywszy kiły po zapłodnieniu swej żony zaraził ją w 7-ym miesiącu ciąży, skutkiem czego u matki w kilka tygodni później wystąpiły pierwotne objawy, jednocześnie też u ojca były drugorzędne zmiany kiłowe. U matki wybuch ogólnej kiły nastąpił dopiero po przyjściu na świat dziecka; pomimoto u dziecka w 7 tygodni po urodzeniu wystąpiła osutka kiłowa i kłykciny sączące. Pomijając już mogącą powstać wątpliwość co do ojcowstwa, można też przypuścić zarażenie się dziecka podczas porodu lub nawet wkrótce po urodzeniu się.

[1]) K a s s o w i t z, l. c. str. 410, 411.
[2]) Berliner klinische Wochenschrift. 1873. 22. 23.
[3]) British medical Journal. 1874. 24. January.
[4]) Canada medical and Surgical Journal. 1877. Oct. str. 174.
[5]) l. c. str. 114 i następne.
[6]) Wiener medizinische Presse. 1880. 38. str. 1207.

Wiede [1]) wzmiankuje o pięciu przypadkach, w których matka, zaraziwszy się w ciąży kiłą, wydała na świat dziecię kiłowe. Żaden jednak z przypadków wymienionych nie może stwierdzać łożyskowego zarażenia się płodu kiłą, albowiem w jednych z nich niema dokładnej wiadomości o tem, iż ojciec przed zapłodnieniem matki nie przebywał kiły, w pozostałych zaś czterech przypadkach nie zgoła nie wspomina się o stanie zdrowia ojca, który zresztą wcale nie był znanym.

Behrend [2]) spostrzegał dwa przypadki rzekomego śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą od matki. Pierwszy tyczył się dziecka, które urodziło się zdrowe i nie wykazywało w pierwszych tygodniach żadnych oznak kiły, po upływie jednak miesiąca dostało podejrzanych wyrzutów na skórze. Wobec tak późnego pojawienia się objawów chorobowych u zdrowego i dobrze odżywionego dziecka, wziąwszy też pod uwagę i tę okoliczność, iż wymienione dziecię wnet po przyjściu na świat oddano w cudzą opiekę, gdzie pozostało w przeciągu trzech miesięcy, można przypuścić, iż w tym przypadku dziecię nabyło kiły zkądinąd już po przyjściu na świat. Dodać tu jeszcze należy, iż przy obdukcyi dziecka znaleziono tylko osutkę plamistą tułowia i kończyn, oraz wykwity pokryte strupkami na dłoniach i podeszwach, innych zaś zmian kiłowych nigdzie nie wykazano. W drugim przyprzypadku Behrenda ojciec zaraził matkę w 4-ym miesiącu ciąży, urodzone w 5 miesięcy później dziecko umarło po trzech tygodniach z ospy; obok tego miało jednak na dłoniach i podeszwach rozrzucone grudki i krostki, w sąsiedztwie zaś skóra łuszczyła się. I tego przypadku nie możemy zaliczać do rzędu przypadków, dowodzących łożyskowego zarażenia się płodu kiłą, ponieważ stan zdrowia matki dokładnie zbadano dopiero w końcu ciąży i już wtedy wykazano obecność ogólnych zmian kiłowych, o poprzednim zaś stanie jej zdrowia i o całym przebiegu pierwszego okresu kiły u matki wiadomo litylko z opowiadania. Oprócz tego możliwem byłoby tu zarażenie się niemowlęcia już po urodzeniu się, nadto zaś kiłowy charakter objawów u dziecka był nieco wątpliwym i zmiany na skórze mogły pochodzić z ospy.

Dwa przypadki przytoczone przez Lutanda [3]) nie udowadniają też wcale śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą, albowiem w przypadkach wymienionych ojcowie przebywali kiłę przed zapłodnieniem matek, a więc choroba nie była wrodzoną, lecz dziedziczną i udzieliła się potomstwu za pośrednictwem zakażonego nasienia, nie zaś za pośrednictwem łożyskowego obiegu krwi.

W spostrzeganym przez Engla [4]) przypadku powstaje powątpiewanie co do kiłowej natury objawów chorobowych u dziecka. Przypadek tyczył się zdrowego przedtem ojca, który w dwa miesiące po zapłodnieniu matki, nabył kiły i udzielił jej następnie swej żonie; u dziecka wystąpiła na pośladkach osutka, złożona z ciemnoczerwonych wykwitów, oraz nieżyt nosa; objawy wymienione po zastósowaniu swoistego leczenia wnet ustąpiły i dziecko przyszło wkrótce do zdrowia.

[1]) Wiener medic. Wochenschrift. 1880. 30. 31. 32 .str. 837, 865, 894.
[2]) Beiträge zum Kapitel der hereditären Syphilis. Würzburg. 1880. str. 9, 10—12, 16 i 20.
[3]) France médicale 1882. 6. str. 62—63. 66.
[4]) American Journal of Obstetrics. 1882. Oct. str. 961—972.

Dwa przypadki opisane przez Maksymiliana Zeissla [1]) mogłyby świadczyć stanowczo o tem, iż nabyta przez matkę w ciąży kiła może udzielać się płodowi przez łożysko. Pierwszy przypadek Zeissla tyczył się 36-letniego mężczyzny, który zaraziwszy się przy spółkowaniu z kobietą kiłową, w 41 dni później dostrzegł stwardniały wrzód na członku, następnie zaś wystąpiły u niego ogólne objawy na skórze i błonach śluzowych. Nie wyleczywszy się ze swej choroby i powróciwszy do swej żony, która wtedy była już od 6 miesięcy brzemienną, spółkował z nią pomimo wyraźnego zakazu lekarza. Skutkiem tego wytworzył się u jego żony w 7-ym miesiącu ciąży pierwotny objaw na lewej małej wardze sromnej; po upływie zaś 4-ch tygodni wystąpiła u niej osutka plamista kiłowa. W kilka tygodni później chora urodziła donoszone dziecię, które już jedenastego dnia miało wyraźne objawy kiły na skórze mimo, iż matkę w końcu ciąży leczono wcieraniami szaruchy.

W drugim przypadku Zeissla 28-letni kupiec, nabywszy kiły po zapłodnieniu żony, zaraził ją w 2-im miesiącu ciąży. Wkrótce potem wystąpiły u niej objawy kiłowe; u dziecka, które urodziło się zdrowe i donoszone, na ósmy dzień już wytworzyły się na dłoniach i podeszwach liczne pęcherze, obok tego pojawiły się kłykciny sączące w ustach i plamista osutka na skórze tułowia. Jakkolwiek w opisanych przez Zeissla przypadkach stan zdrowia rodziców i dziecka i cały przebieg choroby najdokładniej był zbadanym, zachodzi jednak wątpliwość co do właściwego ojca dzieci kiłowych, które mogły pochodzić od nieprawego rodzica, a że podobne podejrzenie może mieć pewne podstawy, dowodem znany przypadek Ricorda [2]) tyczący się pewnej zdrowej kobiety, która wydała na świat kiłowe dziecię pomimo, iż mąż jej był też zdrowym i nie przebywał nigdy kiły. Dopiero później wykryło się, zkąd pochodziła choroba dziecka; okazało się bowiem, iż rzeczywistym ojcem dziecka nie był mąż jego matki, lecz jej kochanek, który oddawna już dotknięty był drugorzędną kiłą. Przytoczony przypadek, zapewne nie jedyny, wskazuje na niepewność wywiadów w tych spostrzeżeniach i zmusza nas do wielkiej oględności przy wysnuwaniu wniosków, opartych na wskazówkach i opowiadaniach chorych i osób ich otaczających, gdyż wprowadzają one nieraz w błąd lekarza, bądź nieumyślnie przez niewiadomość, bądź też z umysłu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## IV. Oceny i sprawozdania.

Arnold Pollatschek: **Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1893.** Bearbeitet und herausgegeben von ..... V. Jahrgang. Wiesbaden 1894. str. 328. Cena 6 marek.

Autor, zamieszkały i praktykujący w Karlsbadzie, używa czasu zimowego, wolnego od praktyki zdrojowej, do pisywania zbiorowej a dla praktyki użytecznej pracy. Od roku 1889. ogłasza on corocznie w książkach, obejmujących przeszło 300 stronnic zbiór dobrze uporządkowanych referatów z prac terapeutycznych ogłoszonych w przeciągu każdego roku. Całkowicie uwzględnionem znajduje się piśmiennictwo niemieckie węgierskie i czeskie, którymi to językami autor włada biegle. Publikacye zaś francuskie, polskie i rosyjskie napotyka się

[1]) Allgem. Wiener mediz. Zeitung 1879. 50, 51. str. 542 i 555; Wiener mediz. Presse. 1884. 20. str. 628—630.
[2]) Behrends Syphilidologie, N. R. 1861. III. str. 170—171.

o tyle, o ile one znajdują się umieszczone w referatach niemieckich. Układ dzieła jest abecadłowy i rozpoczyna się od *Abrastol* a kończy na *Zahnkrankheiten*. Nie należy jednak mniemać, że cała książka nie jest niczem innem, jak słownikiem terapeutycznym. Tylko leki z osobna jak *Absinthin*, *Agathin*, *Aristol* i t. d. mają układ słownikowy, dla chorób zaś, każdej z osobna, znajdujemy zebrane razem w jedną całość wszystkie w roku 1893. ogłoszone sposoby lecznicze. N. p. pod wyrazem *lupus* czytamy o skombinowanem leczeniu mechaniczno-chemiczno-termicznem Veiela, jakoteż o metodzie Thierscha za pomocą transplantacyi skóry; pod wyrazem *malaria* znajdujemy wszystkie zabiegi lecznicze tyczące się tej choroby, jak leczenie błękitem metylenowym, arsenem, nastojem z *helianthus annuus* i t. d.

Zestawienie obejmuje nietylko choroby wewnętrzne, lecz i referaty ze wszystkich działów nauk lekarskich, któreby lekarzowi praktycznemu mogły być użyteczne. Z chirurgii znajdujemy między innemi ustępy: antyseptyka i aseptyka, chirurgia żołądka, jelit, pęcherza, nowotwory, narkoza, choroby pochwy, macicy i t. d. Z chorób wenerycznych, skórnych n. p. wyprysk, wiewiór, kiła. Z okulistyki: zaćma, choroby rogówki i t. d. Z higieny prace o desinfekcyi. Dzieło robi w całości wrażenie praktycznego i krytycznego zmysłu autora, chociaż co do krytyki autor jest ostrożnym a posługuje się zręcznie zdaniem referentów z rozmaitych czasopism, z których referatów korzysta w różnych miejscach. Dodać jeszcze należy, że autor z korzyścią dla czytelnika pominął wszystkie publikacye wątpliwej wartości. Wszędzie znajdujemy podane dokładnie źródła, z których autor czerpał; to też praca Dra Pollatschka oddaje dobre usługi nietylko zwykłemu praktykowi, ale staje się pożądaną i dla lekarza, który chce źródłowo pracować i w szpitalu wypróbować ogłaszane metody terapeutyczne. *W. Jaworski.*

## Chirurgia.

Grossmann: **Narkoza eterem.** (Z kliniki chorób kobiet Dra Landaua w Berlinie).

Uderza, że gdy w Anglii i w Ameryce narkoza eterem zdobyła sobie prawo obywatelstwa od kilkudziesięciu lat, używa się na stałym lądzie Europy dotąd chloroformu, środka porażającego nieraz serce tak, że działanie jego dopiero wstrzykiwaniami eteru, obok innych sposobów, znosić się musi. Tymczasem eter zastósowany do narkozy jest środkiem zupełnie bezpiecznym, w swem działaniu zbliża się raczej do alkoholu, jak chloroformu i gdy z jednej strony sprowadza podniecenie wielce podobne do wyskokowego, z drugiej strony nawet znaczne jego dawki serca nietylko nie osłabiają, ale je owszem krzepią. Gdy również chloroform obniża szybko ciśnienie krwi skutkiem zmniejszenia czynności serca i alteracyi ośrodków naczynio-ruchowych, to w narkozie eterem dochodzi się do powiększenia mocy tętna, ciśnienia krwi, jak niemniej szybkości obiegu krwi, co też jest ważnym czynnikiem w tem żywszej wymianie gazów oddechowych.

Wedle zestawień Gurlta, zdarzał się w latach 1890—1892 jeden przypadek śmierci na 2574 usypiań chloroformem, natomiast jedyny skon na 8433 narkoz eterem, a i ten przypadek wystąpił u człowieka, już poprzednio osłabionego z przyczyny urazu, w następstwie którego amputowano mu oba przedramiona; śmiertelność z chloroformowania wzrosłaby jeszcze bardziej, gdyby się w zestawieniu nie posługiwano wyłącznie cyframi z klinik a wzięto pod uwagę i niekorzystne wyniki w praktyce prywatnej.

Usypianiu chloroformem towarzyszy ustawiczny niepokój i ztąd emocya dla operatora nawet w dobrze urządzonych klinikach przy pomocy dbałej asysty; cóż dopiero mówić o lekarzu na prowincyi, który często nawet drugiego kolegi nie ma do pomocy a skutki nieszczęśliwej narkozy odbijają się na nim niestósunkowo bardziej, niż na operatorze klinicznym.

Że narkoza eterem nie przyjęła się dotąd, należy szukać przyczyny w trudniejszej technice i powolniejszem jej działaniu, niemniej w braku ufności do metody, u nas dotąd na równi z chloroformową nie wypróbowanej.

Narkozy dokonywa się za pomocą maski Julliarda (z Genewy) trzy razy większej od zwykłej chloroformowej, osłoniętej z zewnątrz nieprzepuszczalną materyą a wysłanej na wewnętrznej stronie flanelą. Zrazu nalewa się na maskę do 20 cm. sz. eteru, trzymając ją nieco zdala, aby usypiany mógł przyzwyczaić się do ulatniającego się eteru; po upływie pół minuty przykłada się maskę szczelnie i dolowa się do 30 cm. sz. eteru, uważając, by się z pod maski na zewnątrz nie ulatniał. Przy pierwszych wdechaniach eteru przyspiesza się rytm oddychania, które staje się zarazem powierzchownem, prawdopodobnie sposobem odruchowym skutkiem podrażnienia nosa; niekiedy przyłącza się chwilowo i kaszel. W okresie podniecenia oddech bywa regularny, przyspieszony lub przerywany skutkiem kurczu mięśni oddechowych; chorzy sinieją a mięśnie kończyn przechodzą w podobne jak w tężcu stężenie (*tetanische Starre*). Stan ten na pozór zatrważający przemija sam przez się lub przez mocne podrażnienie skóry. Nastaje okres osłabienia napięcia mięśni, oddychanie staje się głębsze, nawet charczące, skoro w gardle nagromadziła się obfita ilość śluzu, przez zmięszanie zaś jego z powietrzem wytwarza się na ustach biała piana.

Po pierwszych też wdechach występuje sinica skutkiem rozszerzenia się naczyń włosowatych skóry, widoczna zwłaszcza na twarzy, niemniej jak i nastrzykanie spojówek oka, obfita sekrecya błony śluzowej jamy ust i nosa a w dalszym ciągu krtani i tchawicy.

Osoby usypiane eterem doznają uczucia duszenia; ztąd oddychają rzadko a powierzchownie, póki potrzeba powietrza nie zmusi ich do głębokiego oddechu; inne a zwłaszcza dzieci i osoby nerwowe popadają w stan podrażnienia, krzyczą, rzucają się, chcą siadać itp., przez co tylko wykonywają głębsze wdechy i tem prędzej zasypiają.

W klinice Landaua (w Berlinie) używa się maski Wanschera, w postaci półkulistego lejka o brzegu kauczukowym, pokrywającego nos i usta; z lejkiem łączy się kauczukowy woreczek, obejmujący 50 do 100 grm. eteru. Maskę taką przysuwa się pacyentowi ku twarzy a skoro on dobrze znosi ulatniający się eter, t. j. skoro oddech skutkiem skurczu nie zaprze się, przykłada się ją szczelnie brzegiem kauczukowym do ciała dla zapobieżenia ulatnianiu się eteru, który, jako cięższy od powietrza atmosferycznego łatwo się dostaje na zewnątrz i opadu ku dołowi. Z woreczka gumowego, zwisającego na zewnątrz, wytrząsa się rytmicznie eter, który dostaje się do lejka, gdzie mięsza się z dopływającem górą powietrzem i tak bywa wdychany przez pacyenta w coraz to większem zgęszczeniu, dopóki rogówka nie przestanie oddziaływać na znak zupełnej narkozy. Z tą chwilą można maskę usunąć, jednak nie na długo, gdyż eter prędzej przestaje działać, niż chloroform a uśpiony wnet się budzi. Można też maski wcale nie usuwać a wtedy wystarcza samo ulatnianie się eteru do podtrzymania narkozy.

Posługując się przy usypianiu metodą stopniującą w użyciu dopływ eteru (maska Wanschera), dochodzi się do zupełnej narkozy w 14 do 20 minut; przy zastósowaniu maski Juilliarda (t. z. metodą genewską) już w kilka minut; można wszakże i przy narkotyzowaniu pierwszym sposobem dojść do tegoż rezultatu przez ciągłe wstrząsanie woreczkiem z eterem, jak to zwłaszcza jest wskazanem u chorych, podczas narkozy zachowujących się zbyt niespokojnie. W każdym razie nie należy nadużywać tego sposobu, gdyż narkoza w tym razie, szybko do stanu asfiktycznego prowadząca, nigdy nie jest tak równa i spokojna, jak przy powolnem wdychaniu eteru z równoczesnym dopływem powietrza.

Pary eteru sprawiają odruchowo kurczowe zwężenie krtani, znieczulenie łuków podniebiennych, podstawy języka i nagłośni, nadto przez bezpośrednie podrażnienie błony śluzowej przewodu oddechowego, zwiększają zarazem jej wydzielinę, co wszystko staje się przyczyną głośnego i charczącego oddychania. Zrazu już mała ilość wdychanego eteru

sprowadza odruchowo kurczowy bezdech; w dalszym ciągu narkozy pacyent eter łatwiej znosi tak, że wreszcie dochodzi się do chwili, w której przez mocne wstrząsanie woreczka doprowadza się usypianemu zgęszczone pary eteru bez żadnej reakcyi z jego strony. Należy wszakże utrafić miarę, by nie doprowadzać za wiele eteru ani też za mało, gdyż przez to przedłuża się narkozę, a doprowadzać tylko tyle właśnie, ile usypiany znosi dobrze.

Badanie oddruchu rogówkowego jest wskazane, jednak często zawodzi równie, jak przy narkozie chloroformowej; w takim razie trzeba kierować się napięciem mięśni.

Pary eteru wypierają powietrze a ztąd wnet występuje brak tlenu, doprowadzający do stanu asfiktycznego; twarz sinieje a krew na polu operacyjnem staje się ciemną. Stan ten przy usypianiu chloroformem powstając nie tyle z braku powietrza, jak raczej z osłabienia czynności serca, zatem wprost alarmujący, tu nie jest niebezpiecznym a ma znaczenie takie, jak sinica przy utrudnieniu oddychania skutkiem mechanicznych przeszkód, jak np. błon dławcowych. Dla ułatwienia oddechu zwraca się twarz na bok, przezco zapobiega się opadaniu języka i ułatwia wymioty, dalej podciąga się szczękę a to raczej nie zwykłym sposobem za kąty szczęki dolnej ku przodowi, ale lepiej ku górze trzema hakowato zagiętymi palcami jednej ręki, której palec wielki i wskazujący przytrzymują równocześnie maskę.

Kontrola tętna przy narkozie eterem jest prawie zbyteczna, gdyż dowiedzioną jest rzeczą, że eter nigdy nie poraża ośrodków sercowych przed ośrodkiem oddechowym, jak to nieraz robi chloroform. Korzystny wpływ eteru na czynność serca uwydatnia się zwłaszcza u osób niedokrewnych, jak również w przypadkach chorób serca, w których stanowczo eterowi należy się pierwszeństwo przed zabójczym częstokroć w tych razach chloroformem.

Silne skurcze przepony, jakie można było widzieć przy laparotomiach, dokonywanych w narkozie eterem, mogą wystąpić raz na początku usypiania, jako odruch na zbyt zgęszczone pary eteru, powtórnie w okresie podniecenia, wreszcie nawet już w głębokiej narkozie, jako objaw asfiksyi. W pierwszym razie dopuszcza się powietrze, w drugim przeciwnie zwiększa się dawkę eteru, w ostatnim przypadku, trafiającym się w razie nieuważnego narkotyzowania, należy starać się o przywrócenie swobodnego oddychania zapomocą powyż podanych sposobów.

Na nerki narkoza eterem nie wywiera żadnego niekorzystnego wpływu.

Zapalność eteru wymaga ostrożności z ogniem, zwłaszcza poniżej stołu operacyjnego, dokąd pary eteru, jako cięższe od powietrza najłatwiej się opuszczają.

Niemiły posmak eteru, jak niemniej skłonność do wymiotów występują tu rzadziej i trwają krócej, niż po chloroformie.

Przeciwskazanem jest użycie eteru w obec znaczniejszego nieżytu oskrzeli ze zwiększeniem się wydzieliny, jak w ogóle we wszystkich przypadkach, w których oddychanie a więc i dopływ tlenu są utrudnione, więc w obec rozedmy, nacieków płuc, wysięków, przeszkód mechanicznych w krtani lub tchawicy i t. p. (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 3 i 4. 1894). *Dr. Leopold Kosiński.*

## Zapiski terapeutyczne.

— Bewerly Robinson (z Nowego Jorku): Leczenie przypadowe zapalenia płuc dławcowego. Ponieważ leczenie prostego, niepowikłanego zapalenia płuc ogranicza się do działania na pewne groźne przypady, między którymi najważniejszemi są zbytnia gorączka i osłabienie serca, przeto autor zwraca swe usiłowanie lecznicze przedewszystkiem przeciw tym dwom przypadom.

Co się tyczy gorączki, nie używa autor w ogólności żadnych, obecnie modnych środków przeciwgorączkowych ani tojadu (*aconitum*), ponieważ uważa je za niebezpieczne z przyczyny osłabiania przez nie czynności serca. Jedynym środkiem przeciwgorączkowym, którego autor czasem używa, jest fenacetyna, działająca skutecznie na podmiotowy stan chorych.

Na samym początku choroby przepisuje autor bardzo chętnie octan amonowy (*ammonium aceticum*), który przez podniecanie potów miarkuje nawał krwi do płuc, następnie zadaje kermes (po 2 miligramy co 2 godziny), który działa bardzo pomyślnie na gorączkę i na nawał krwi do płuc, również daje chorym dosyć często wyskok. Nakoniec w przypadkach cięższych używa autor z dobrym skutkiem kąpieli zimnych w łóżku chorego, które sporządza się bardzo po prostu w ten sposób, że podkłada się pod chorego duże płótno gutaperkowe, którego brzegi wywija na warstwy bielizny stósownej grubości. W ten sposób otrzymuje się zaimprowizowaną wannę, zawierającą dostateczną do pożądanego skutku ilość wody. Według doświadczeń autora kąpiele zimne wpływają bardzo pomyślnie na bredzenie w zapaleniu płuc.

Przeciw osłabieniu serca zadaje autor nitroglicerynę, wstrzykuje podskórnie strychninę, daje kokę, naparstnicę, mocną kawę czarną, napoje wyskokowe a w ostateczności puszcza krew.

Zdaniem autora powinien chory na zapalenie płuc pić dużo wody (w rozmaitej formie), ponieważ woda sprzyja wydzielaniu się z ustroju wytworów trujących choroby. Wyskoku, który w przeważnej części przypadków zapalenia płuc działa korzystnie jako środek podniecający i zwalniający naczynia obwodowe, nie powinno się używać u osób krwistych, u których natomiast zaleca się bardzo kalomel w małych dawkach.

W dyskusyi nad tym odczytem mianym na kongresie lekarzy amerykańskich co właśnie odbytym zwrócił uwagę G. Peabody, że w zapaleniu płuc nie można zapominać jeszcze o dwóch przypadach, bezsenności i bólu, na które wbrew mniemaniu dosyć ogólnemu działają dobrze wstrzykiwania podskórne morfiny raz lub dwa razy na noc po centygramie.

Zdaniem I. Wilsona na bóle i niespokój chorych działa bardzo dobrze proszek Dowera w dawce od 12 do 18 centygramów co 2 lub 3 godziny a co się tyczy kąpieli, jest Wilson zdania, że lepiej od nich działają obmywania wodą zimną. (*La semaine médicale* 20. Czerwca 1894).

— Nowa mięszanina usypiająca. Na posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu w dniu 19. Czerwca r. b. zwrócił uwagę Laborde na trudności znane powszechnie utrzymania chloroformu w dobrym stanie i na małą przydatność dodawania doń 1% alkoholu tak, że tenże sam chloroform, przechowany w różnych flaszkach, okazuje się w jednych dobrym, w drugich złym. Meillère zaradza tym brakom chloroformu w ten sposób, że dodaje do chloroformu nadmanganezanu potasowego a po wytrawieniu przez 10 minut dodaje $^1/_{10}$ lub $^2/_{10}$ eteru i wszystko to przepędza (destyluje), odrzucając na bok pierwszą i ostatnią piątą część.

Doświadczenia na zwierzętach z otrzymaną tym sposobem mięszaniną eteru i chloroformu przekonały, że nie wstrzymuje ona czynności serca i narządu oddechowego, że zwierzę zasypia po kilku minutach i zostaje w uśpieniu przez 40 minut bez żadnej komplikacyi.

Doświadczenia Reyniera na ludziach przekonały, że przy użyciu mięszaniny, o której mowa, nie ma żadnego okresu podniecenia. (*La médecine moderne* 20. Czerwca 1894).

— W nieżycie oskrzelowym u dzieci zalecają Escherich i Loos:

76) Rp. *Cort. chinae fuscae* 5·00—10·00
*Aquae destil. q. s.*
*F. l. a. dctum* 100·00
*Cui adde*
*Liquoris ammonii anisati* 0.50—1·00
*Cognac veteris*
*Syrupi simplicis* aa 10·00

MDS. Po łyżeczce deserowej zadawać co 2 godziny.

Lek ten jest wskazany w ostrym okresie, gdy gorączka jest znaczna a stan ogólny ciężki. W razie upadania czyn-

ności serca można dodać *coffeini citrici* od 0·50 do 1·00 lub *camphorae tritae* od 0·10—0·20.

Gdy nieżyt oskrzelowy stał się już przewlekłym, zadaje się olejek terpentynowy czysty (*oleum terebinthinae rectificatum*) w mleku po 3 do 5 kropel trzy razy dziennie a prócz tego po kilka razy wziewania z 10 kropel tegoż olejku.

U dzieci większych zapisują wymienieni jako środek wykrztuśny:

77) Rp. *Sulfuris aurati antimonii 0·02—0·10*
*Sacchari albi 0·50*
*M. f. p. Dentur tales pulveres 10*

S. Co 2 (lub 3) godziny zażywać po proszku.

— W krzywicy (*rhachitis*) zaleca się zażywanie wewnętrzne:

78) Rp. *Calcii carbonici praecipitati 32·00*
*Calcii phosphorici 15·00*
*Ferri lactici 3·00*
*Sacchari lactis 50·00*
*M. f. p.*

— W celu oczyszczenia narzędzi z rdzy zaleca Sänger włożyć je na noc do wysyconego rozczynu chlorku cynkowego a następnie do gorącego, zgęszczonego roztworu mydła sodowego, wysuszyć i oczyścić wyskokiem bezwodnym i kredą. Jeszcze prostszym środkiem do usunienia rdzy jest zwykła nafta. (*Asepsis in der Geburtshülfe und Gynaekologie*).

## V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krak.

**Posiedzenie zwyczajne dnia 7. Marca 1894 r.**

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 48.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący wezwał obecnych do oddania ostatniej czci zmarłemu członkowi czynnemu Towarzystwa, Drowi Palecznemu Bronisławowi. (Zgromadzeni powstali).

3) Kol. przewodniczący przedstawia wniosek Komitetu, ażeby resztę długu zaciągniętego przez Towarzystwo przed 3-ma laty w celu przyjęcia gości podczas Zjazdu a spłaconego dotychczas przez członków pokryć z sumy, będącej w rozporządzeniu Towarzystwa, w ilości, jaka pozostanie z dniem 1-szym Lipca r. b. — Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

4) Kol. przewodniczący okazał nadesłane książki i broszury.

5) Kol. przewodniczący w myśl odezwy otrzymanej od Komitetu Zjazdowego ze Lwowa, poleca w gorących słowach Zjazd tegoroczny pamięci kolegów, wyrażając nadzieję, iż każdy z członków według sił i możności udział w nim wziąć będzie usiłował.

6) Kol. Domański, jako sprawozdawca Komisyi słownikowej, zawiadamia, iż dla różnych okoliczności niesprzyjających działalność Komisyi nie mogła się rozwinąć i proponuje zmniejszony w skutek choroby członków skład tej Komisyi uzupełnić przybraniem dwóch nowych w osobach kol. Cybulskiego i Kwaśnickiego.

Po dłuższej dyskusyi, w której wzięli udział koledzy: Kwaśnicki, Rydygier, Zarewicz, Głuziński, Kryński, Jordan i Domański, propozycyę tego ostatniego przyjęto.

7) Kol. Rosner Antoni przedstawia kobietę ze swej kliniki dermatologicznej z chorobą skóry na policzku prawym. Znaleziono sześć wyniosłości czerwonych wielkości grochu a dochodzących do wielkości orzecha laskowego, okazujących chełbotanie, niebolesnych a osadzonych około obrzęku spłaszczonego, który w środku ma mały otwór, wydzielający ciecz ropną. Oprócz tych wyniosłości czuć w głębi policzka dwa obrzęki wałkowate, płaskie, twarde i niebolesne, drążące wgłąb jeden ku szczęce górnej, drugi ku dolnej. Wypustki te równie dobrze czuć od strony wewnętrznej policzka. Choroba rozpoczęła przed 8 miesiącami wytworzeniem się guzka małego, czerwonego w środku policzka, w miejscu spłaszczonego obecnie obrzęku. Około tego guzka zaczęły tworzyć się inne, które zarówno jak środkowy, nie sprawiały chorej bólu. Obraz podobny do tego z różnych przyczyn powstać może i tak: w przebiegu *sycosis parasitaria*, kiły trzeciorzędnej, *scrophuloderma* i wreszcie ropni zostających w związku z zapaleniem ropnem okostnej wskutek psucia się zęba. Nie trudno było wykluczyć te choroby a po wykluczeniu sama przez się nasuwa się myśl o promienicy (*actinomycosis*); mówca wprawdzie na skórze nie widział promienicy nigdy, ale tu bardzo łatwo można było ją rozpoznać już po tych charakterystycznych, drobnych, żółtawych grudkach w ropie, które badane pod mikroskopem dały obraz wybitny promienicy w różnych okresach rozwoju.

Wiedząc z piśmiennictwa, jak nadzwyczaj rzadko promienica pierwotnie rozwija się w skórze, szukałem źródła choroby w jamie ustnej. Znalazłem dwa zęby spróchniałe a na jednym z nich obrzmienie twarde, niebolesne w obszarze bardzo małym szczęki górnej, ograniczającym się tylko do jednego zęba spróchniałego. W najbliższem sąsiedztwie tego nieznacznego obrzmienia czuć bardzo dokładnie owe wypustki twarde, o których już wspomniałem. Chora podaje, że w ostatnich 3 latach nie cierpiała na ból zębów i wogóle nie doznawała żadnej dolegliwości w jamie ustnej. Przed 5 laty przyłączyło się do bólu zębów mocne obrzmienie szczęki tak górnej jak i dolnej, które ustępywało zwolna. Mimo to twierdzenie chorej nie ulega według mówcy żadnej wątpliwości, że u niej promienica początek swój wzięła od jamy ustnej. Że zmiany w jamie ustnej są bardzo drobne w porównaniu ze zmianami na skórze, nie dowodzi niczego wobec znanych w literaturze przypadków promienicy skóry na twarzy, w których niekiedy bardzo trudno a w innych nawet wprost niepodobna było wykazać pochodzenie cierpienia z jamy ustnej. (Sprawozdanie własne).

W dyskusyi oświadcza kol. Obaliński, że nie uważa tego przypadku za promienicę czysto skórną, gdyż naciek w skórze ciągnie się dalej w głąb do samego dziąsła, gdzie widać brak zęba a tylko sterczy kawał korzenia. Sprawa więc prawdopodobniej wyszła z jamy ust i przez ząb i około niego przeszła na policzek i skórę, w której utworzyła obszerniejsze ogniska. Ogólnie daje się dostrzedz w promienicy dążenie sprawy chorobowej do wydobycia się na zewnątrz. Tak n. p. w jednym przypadku promienicy skóry brzucha, operowanym z dobrym skutkiem przez mówcę, gdzie zajętą była wyłącznie tylko skóra i żadnego związku choroby z narządami wewnętrznymi wykazać nie było można, dopiero ściślejsze wypytywanie się chorego wykryło, iż niegdyś utworzyła się w ścianie brzusznej przetoka, przez którą wyszła na zewnątrz glista. Wkrótce potem zagoiło się wszystko a później dopiero powstały na tem miejscu w skórze owrzodzenia promienicze.

Kol. Rosner zgadza się zupełnie i sam nie uważa bynajmniej danego przypadku za cierpienie pierwotne skóry, jak to zaznaczył w przemówieniu.

Kol. Szymkiewicz zwraca uwagę, iż nigdy jeszcze nie wykazano grzybka promienicy w samym zepsutym zębie; przypuszczać więc należy, iż sprawa posuwa się tu koło zęba w dziąśle.

Kol. Rydygier przypomina przypadek Israela, przedstawiony na jednym ze Zjazdów chirurgów niemieckich, gdzie była promienica płuc, w których w jednem ognisku znaleziono kawałek spróchniałego zęba zawierającego wewnątrz grzybki promienicze.

Kol. Bujwid widział w Warszawie w klinice prof. Kosińskiego przypadek promienicy, gdzie ognisko chorobowe znajdowało się pod zębem. Wogóle mówiąc badanie w tym względzie jest trudne i nieznalezienie grybka w zębie nie wyklucza bynajmniej możności, aby on właśnie nie był pierwotnem ogniskiem zakażenia.

8) Kol. Pieniążek przedstawia chorego, u którego wykonał laryngofisurę z przyczyny zwężenia krtani po zapaleniu ochrzęstnej powstałego a połączonego z utratą chrząstki nalewkowej lewej i nieruchomością obu stron. Podczas operacyi wyciął mówca strunę głosową lewą; przewidując jednak, że może to jeszcze nie wystarczać, nie zeszył rany, lecz zostawił ją otwartą, aby w razie potrzeby bez ponownej laryngofisury módz wyciąć strunę prawą. Istotnie potrzeba ta zaszła i trzeba było wyciąć strunę prawą a później jeszcze resztę wtłaczającej się tkanki z boków krtani, co dało się z łatwością wykonać po rozwarciu brzegów tarcz. Obecnie wynik co do oddechania jest dość dobry; co zaś się tyczy głosu, to pomimo braku strun chory mówi zupełnie wyraźnie, choć chrapliwie, i głos nawet nie jest zupełnie pozbawiony dźwięku. Pozostałą dotychczas w krtani szczelinę mówca wkrótce zeszyje po odświeżeniu jej brzegów, co tu nie przedstawi żadnych trudności. (Sprawozd. własne).

9) W dyskusyi nad odczytem kol. Rydygiera *Z chirurgii żołądkowo-jelitowej*, mianym na poprzedniem posiedzeniu zabrał głos kol. Korczyński Edward co do dwóch pierwszych przypadków przez prelegenta demonstrowanych.

Pierwszy przypadek (Berek Bienenstock), obserwowany poprzednio w klinice lekarskiej a w klinice chirurgicznej poddany operacyi wycięcia odźwiernika dzięki uprzejmości kol. Rydygiera od 24. Lutego znajduje się powtórnie w klinice lekarskiej w celu dalszego badania skutków zabiegu operacyjnego. Chory ten, lat 48 liczący, od 6 lat okazywał przypady wrzodu żołądka a do kliniki lekarskiej przybył z przypadami zwężenia odźwiernika bardzo znacznego stopnia, z niezwykle wielką rozstrzenią żołądka i z odżywieniem znacznie podupadłem. Dolna granica żołądka sięgała na 2 cm. po nad pachwinę lewą, 4 cm. po nad spojenie łonowe; żołądek dobrowolnie nie wypróżniał się nigdy, przez przepłukiwanie bardzo trudno było uwolnić go zupełnie od zalegającej treści, która obok znacznej ilości kwasu solnego zawierała bardzo wielką ilość sarcyny. W wymiocinach stopień kwaśności dochodził do 100.— Niedokrewność znaczna, wychudnienie takie, że ciężar ciała wynosił tylko 40·400 kilgrm. Wśród przepłukiwań wodą karlsbadzką stan chorego poprawił się tak co do dolegliwości podmiotowych, jakoteż co do ciężaru ciała, który powiększył się do 46 klgr. Operacyę wykonano w dniu 3. Stycznia 1894. Wynik operacyi nazwać należy w całem tego słowa znaczeniu świetnym. Jak to zawsze bywa, mechanizm żołądka skutkiem usunięcia przeszkody w odźwierniku poprawił się znacznie: już przy pierwszem badaniu, w dniu 18. Lutego dolna granica żołądka sięgała tylko na 5 cm. niżej pępka w linii środkowej ciała a w żołądku zalegała tylko mała ilość pokarmów. Kwasota żołądka zmniejszyła się znacznie a sarcyna znikła zupełnie. Ciężar ciała powiększył się do 53·250 kil. W ciągu obserwacyi ponownej w klinice lekarskiej począwszy od 24. Lutego przy przepłukiwaniach dalszych wodą karlsbadzką objawy kataru kwaśnego żołądka maleją coraz bardziej. Będzie rzeczą bardzo zajmującą, jak przy dłuższej obserwacyi zachowywać się będzie chemizm żołądka, naprzód już bowiem przypuścić można, że mimo usunienia niedrożności odźwiernika trzeba dłuższego czasu do skrzepienia się należytego błony mięsnej żołądka i do wyrównania zboczeń w wydzielaniu soku żołądkowego. Co do tego ostatniego, to nie należy zapominać, że zmiana w wydzielaniu soku żołądkowego jest tu następstwem zmian anatomicznych w błonie śluzowej żołądka i że objawy kataru kwaśnego, którego znaczenie we wrzodzie żołądka określiliśmy pierwsi z kol. Jaworskim, potrzebują dłuższego czasu do ustąpienia doszczętnego, jeżeli ono w ogóle nastać może, o czem jeszcze nie wszyscy autorowie dostatecznie są przekonani.

W każdym razie przypadek ten w wysokim stopniu zachęca, by zabieg operacyjny we wrzodzie żołądka wykonywać częściej, niż to obecnie jeszcze dzieje się, a pod względem naukowym zachęca do dalszych badań, jak po należycie wykonanych wycięciach odźwiernika zachowuje się mechanizm i chemizm trawienia.

(Przypisek w dniu 21 Marca. Obecnie przy zastósowaniu od dnia 7. Marca odpowiedniej dyety bez żadnych leków i bez przepłukiwań żołądka dolna granica żołądka w linii środkowej ciała sięga tylko na 2 cm. niżej pępka a objawy kataru kwaśnego żołądka ustąpiły prawie zupełnie. Ciężar ciała doszedł do 54·650 klgr.).

Drugi przypadek (Magdalena Niecarowa) operowana w klinice chirurgicznej przez kol. Rydygiera w dniu 31. Stycznia b. r. z powodu nowotworu wychodzącego z tylnej ściany żołądka, przeniesiona została do kliniki lekarskiej w dniu 26. Lutego. Jak w poprzednim przypadku wynik resekcyi odźwiernika nazwać należy świetnym, tak w tym przypadku śmiało twierdzić można, że gastroenterostomia osiągnęła w zupełności cel zamierzony. Ponieważ brakuje nam tu dat do porównania a obserwacya dotychczasowa w klinice lekarskiej jest jeszcze za krótka, to tylko stwierdzić dotąd można, że i w tym przypadku rozmiary żołądka maleją wśród obserwacyi.

(Przypisek w dniu 21. Marca. Granica dolna żołądka coraz bardziej podnosi się w górę a ciężar ciała chorej nie zmniejsza się. (Sprawozdanie własne).

(Dokończenie nastąpi).

## VI. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

**Dr. Leon Kryński.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Niepomyślne stósunki sanitarne większej części krajów Europy, obawa przed postępem cholery w jesieni roku zeszłego zmusiły Komitet wykonawczy XI. Zjazdu w Rzymie do posunięcia terminu Zjazdu, naznaczonego pierwotnie na 24. Września 1893 roku, o pół roku naprzód. Oprócz tych „urzędowych“ motywów do odłożenia Zjazdu przyczynił się także w znacznym stopniu chronicznie niepomyślny stan finansów włoskich, niedozwalający na wykończenie ogromnych gmachów polikliniki, budującej się od roku 1888. i będącej „dumą i radością medycyny włoskiej“ a przeznaczonej na miejsce posiedzeń kongresowych. Objęcie steru ministeryum oświaty przez Baccellego, profesora kliniki lekarskiej w Rzymie i głównego inicyatora wzniesienia nowych zakładów klinicznych, posunęło budowę polikliniki o tyle, iż główny szereg jej gmachów, jakkolwiek nie urządzony jeszcze na przyjęcie chorych, był wykończony o tyle, że mógł służyć znakomicie do pomieszczenia posiedzeń sekcyjnych i biur kongresu.

Wbrew dość powszechnemu przewidywaniu odłożenie Zjazdu do wiosny roku bieżącego nie wpłynęło bynajmniej niekorzystnie na jego powodzenie. Przyznać należy Włochom, że zrobili wszystko, aby zawiadomić cały świat lekarski o terminie kongresu i zachęcić do udziału w nim.

Nie trzeba dodawać, jak wielką rolę odegrała tu ta wszechpotężna dziś w stósunkach społecznych sprężyna, zwana reklamą, która i w świecie lekarskim obszerne, częstokroć może za obszerne ma zastósowanie. Przy pomocy więc powodzi prospektów, zaproszeń, programów, afiszów rozrzucanych hojnie po wszystkich prawie zakątkach obydwóch półkul, wzywano bractwo lekarskie na to międzynarodowe święto naukowe. Oprócz obfitego *menu* naukowego, przedstawiającego się w postaci wcale grubego zeszytu ze spisem kilku tysięcy zapowiedzianych odczytów i demonstracyj, obiecywano uczestnikom moc rozkoszy duchowych i cielesnych, jakich Rzym i to tylko Rzym dostarczyć może. Jeżeli dodamy do tego znaczne zniżenie cen biletów kolejowych, zapewnienie wszelkich ułatwień i udogodnień w Rzymie, uprzystępnienie poznania nieprzebranych skarbów sztuki, zorganizowanie wycieczek i t. d. i to wszystko przy ślicznej pogodzie wiosennej i na uroczem tle krajobrazów południowych, pojmiemy łatwo, jaka wędrówka narodów odbywała się w drugiej połowie Marca ze wszech stron ku Wiecznemu Miastu.

Rzeczywiście liczba przybyłych przeszła wszelkie oczekiwania; już w dzień otwarcia dochodziła ona prawie do 7000, potem zaś przekroczyła ilość tę znacznie. Uczestników dzielono na 2 rodzaje: członków (*congressisti*) i gości (*invitati*). Do tej drugiej kategoryi należeć miały damy i nielekarze, pragnący brać udział w Zjeździe, lecz główna różnica pomiędzy obydwiema kategoryami polegała na tem, iż tamci płacili wkładki 25 franków, ci zaś tylko 10, mając jednocześnie oprócz tytułu zupełnie te same prawa. Podział ten, zdaniem mojem, zupełnie niesłuszny, powinien być na Zjaz-

ach stanowczo zarzucony. Albo ktoś, lekarz czy nielekarz, interesuje się pracami Zjazdu a więc powinien być do nich dopuszczony po zapłaceniu odpowiedniej składki, albo też wcale nie powinien mieć wstępu; najwięcej możnaby zrobić wyjątek dla żon lekarzy, pobierając od nich opłatę niższą. Urządzanie zaś oddzielnej kategoryi niżej płacących nie ma najmniejszej racyi i tylko daje pole do nadużyć dla tych, którzy przy okazyi Zjazdu chcą się tanim kosztem zabawić, zabierając w ten sposób miejsce członkom. Ci to właśnie ludzie najbardziej przyczyniają się do tego, iż strona rozrywkowa Zjazdów wysuwa się na pierwszy plan. O tej właśnie stronie dużo dałoby się powiedzieć, tembardziej, że *mutatis mutandis* tyczy się to i naszych Zjazdów.

Spotkać można niekiedy zdania, potępiające zasadniczo urządzanie zabaw, przyjęć, wycieczek, jednem słowem tę właśnie stronę nienaukową Zjazdów lekarskich; autorzy tych zdań zwykle z katońskiem oburzeniem piorunują na obniżanie powagi Zjazdów, na zatracenie cech naukowych, na demoralizujący nawet wpływ tych wszystkich rozrywek na chcących pracować na Zjeździe poważnie i naukowo. Zdanie to przesadzone i niesłuszne. Zjazdy nie przedstawiają miejsca, gdzie pracuje się we właściwem słowa znaczeniu, lecz gdzie otrzymuje się już gotowe owoce pracy naukowej drugich lub też przedstawia wyniki swojej. Właściwy więc program naukowy Zjazdu wypełnia tylko kilka godzin rannych i południowych i więcej zajmować nie może i nie powinien. Pozostałe zatem $^2/_3$ dnia obraca każdy na to, aby czas pobytu w obcem mieście spędzić jak najpożyteczniej i najprzyjemniej — i to jest ta druga strona znaczenia Zjazdów międzynarodowych; strona ta, o ile dobrze zrozumiana i wykonana, jest nie mniej ważną od pierwszej, właściwie naukowej, strona, której umiejętne urządzenie stanowić powinno zadanie Komitetu kierującego jako też i państwa czy miasta, występującego w roli gospodarza. Strona naukowa, t. j. ilość i jakość zgłoszonych odczytów, nie zależy lub zależy tylko w małym stopniu od kierujących Zjazdem; to też głównym terenem ich pracy i starań musi być ta druga część zajęć zjazdowych, w pierwszym zaś rzędzie uprzystępnienie przybyłym poznania wszystkiego, co przedstawia jakąś wartość naukową czy artystyczną. Zapominać nie należy, że właśnie Zjazdy międzynarodowe powinny także w pewnym stopniu przyczyniać się do ogólno-humanitarnego kształcenia lekarzy, które, mówmy otwarcie, tak dużo pozostawia do życzenia.

Pozostają zatem jeszcze przyjęcia w ścisłem tego słowa znaczeniu; te niewątpliwie możnaby odrzucić bez wielkiego uszczerbku dla Zjazdu, lecz tu znów wchodzą w grę inne czynniki: z jednej strony gościnność rzeczywista czy chwilowa państwa, przyjmującego u siebie Zjazd i chęć popisania się nią wobec świata, z drugiej zaś ta okoliczność, że według świetności przyjęć i całej tej, że tak powiem, dekoracyjnej strony opinia publiczna a nawet i niemała część uczestników sądzi o jego powodzeniu i wartości.

Dowód tego stanowi Zjazd rzymski. Pomiędzy głosami zarówno wyrażonymi w prasie, jak i dającymi się słyszeć tu i owdzie od uczestników, przeważał ton minorowy, ton nietajonego niezadowolenia, przechodzący częstokroć w otwarte ganienie całego Zjazdu i odmawianie mu wszelkiej wartości. Ale właściwie dlaczego? Sądzić o całej wartości naukowej Zjazdu, o sumie dorobku naukowego, tuż po jego ukończeniu jest trudno a nawet niepodobna. Ilościowo przedstawia się ona imponująco, ale też dziwić się niepodobna, że na tyle tysięcy zapowiedzianych prac, pewną i to dość może znaczną część ich stanowiły rzeczy bez wartości, częstokroć wprost tandeta lub blaga. To jednak jest zupełnie naturalne i nieuniknione: towar ten w każdej dziedzinie pracy ludzkiej istnieje i istnieć musi a nawet pod osłonką naukową śmielej wystawiony bywa na targ międzynarodowy.

Strona więc naukowa nie decydowała bynajmniej w sądzie tych głosów o wartości Zjazdu i jedynem tu kryteryum z pewnością było niezadowolenie z tej drugiej strony Zjazdu, z przyjęć i ich organizacyi, i, słuszność wyznać każe, niezadowolenie słuszne. Włosi czy to z wrodzonej chciwości, czy przez nieustający brak gotówki w kasach państwa, w przyjmowaniu gości kierowali się jedną praktyczną zasadą: urządzać jak najefektowniejsze przyjęcia, ale jak najmniejszym kosztem; gdzie zaś nieuniknione jest wystąpienie nieco obfitsze, tam niech przynajmniej korzystają z tego przedewszystkiem swoi. To też dla cudzoziemca nie będącego jakąś wysoko postawioną lub urzędową osobą, zdobycie zaproszenia na jedno z licznych przyjęć znaczne przedstawiało trudności. Sprawozdawca *Deutsche medicinische Wochenschrift* w zjadliwym swym felietonie dzieli uczestników kongresu pod tym względem na trzy kategorye: 1) takich, którzy z łatwością dostać mogli dowolną ilość kart wejścia na wszelkie przyjęcia; do tych należeli przedewszystkiem Rzymianie i Rzymianki; 2) takich, którzy poświęcając na to przynajmniej po pół dnia codzień, tłocząc się i wymyślając, co się zmieści, członkom Komitetu, nareszcie z narażeniem całości swych członków zdobywali drogocenne bilety; tych ku chwale przedstawicieli medycyny, dodaje sprawozdawca, było niezbyt wielu. Trzecią kategoryę stanowili ci, a do nich naturalnie należał ów sprawozdawca, którzy zrażeni pierwszem przyjęciem, całemu kongresowi „pokazali plecy", zrzekając się wszelkich praw uczestnictwa, pomimo zapłaconych 25 franków; „na szczęście, dodaje on, Rzym zawsze pozostanie Rzymem i wszystkie te drobiazgi i ułomności ludzkie nie są w stanie ani na chwilę zaćmić jego blasku".

Rzeczywiście gospodarze tegorocznego Zjazdu byli w tem wyjątkowo szczęśliwem położeniu, że choćby przyjęcia ich były dziesięćkroć jeszcze skromniejsze, choćby skąpstwo w obdarzaniu gości zwykłymi w takich razach podarunkami książkowymi było jeszcze komiczniejsze, zawsze Zjazd w Rzymie musiał wypaść świetnie. Można było krytykować niedołęstwo Komitetu, można było żartować z przyjęć składających się butersznytów, pomarańcz i czerwonego wina, można było potępiać wiele stron organizacyi zjazdowej, trącących blagą a często nawet szalbierstwem, jak cała sprawa mieszkań, wydawnictwa przewodnika i sprzedaży dziennika kongresowego, ale wszystko to nie wystarcza jeszcze do potępiania całego Zjazdu, jako takiego, do odmawiania mu na tych podstawach wszelkiego znaczenia naukowego.

Jeżeli więc Kongres rzymski pomimo wielu niekorzystnych stron zewnętrznych, wewnętrzną, istotną swą wartością dorzuca niewątpliwie kilka nowych kamieni do wiekowej budowy gmachu naszej nauki i ztąd już ma prawo do uznania w społeczeństwie lekarskiem, to dla nas Polaków ma on znaczenie tem większe, że na nim poraz pierwszy mogliśmy wystąpić wobec świata naukowego we własnej osobie i pod własną firmą, nieschowani pod obcą etykietę. Niewątpliwie pierwszy ten nasz debiut międzynarodowy wypadł bardzo

skromnie, może moglibyśmy i powinnibyśmy byli liczniej i lepiej udział swój zaznaczyć, lecz pocieszyć się możemy, żeśmy nie pozostali tak bardzo w tyle poza innymi.

Zgodnie z programem uroczyste otwarcie Kongresu odbyło się 29. Marca w sali największego teatru rzymskiego Costanzi. Już na półtory godziny przed naznaczonym czasem tłumy zalegały trzy ulice przylegające do teatru; o godzinie 10-tej rano olbrzymia jego sala była literalnie nabita widzami od dołu do ostatnich miejsc najwyższej galeryi. Dość powiedzieć, iż na miejscach przeznaczonych normalnie dla 3000 ludzi mieściło się ich do 8000! Uwaga wszystkich zwrócona była na scenę, wspaniale przystrojoną, gdzie urządzono na wzniesieniu siedzenia dla pary królewskiej i miejsca dla przedstawicieli rządu, ciała dyplomatycznego i delegatów państw i towarzystw naukowych. Po przybyciu króla i królowej, których przyjęto z nadzwyczajnym entuzyazmem, rozpoczął obecny prezes ministrów, Crispi swą mowę powitalną po włosku i w imieniu króla ogłosił otwarcie Zjazdu. Po nim przemawiał piękną łaciną minister oświaty i prezydent Zjazdu prof. Baccelli, witając serdecznie przybyłych uczestników: .... *Salvete igitur clarissimi viri! Classica haec regio libens Vos excipit, ubi divinus libertatis halitus veterem gentis magnitudinem reducet. Hic nemo habetur extraneus. Hic ubi omnis terrae pars sua monumenta invenit, omne hominum genus unam tantummodo familiam constituat. Unusquisque consilio et opere, populorum incolumitati hominumque valetudini prospiciat. Tunc memorabiles patrum latinorum sententiae per Vos novissima luce nitebunt „Salus populi suprema esto“ et „nulla res magis homines ad Deos accedere quam salutem hominibus dando“. Hospites doctissimi iterumque iterumque salvete.....*

Po następnem przemówieniu prezydenta miasta Rzymu księcia Ruspolego, zabrał głos sekretarz jeneralny Kongresu prof. Maragliano, przytaczając dane liczbowe co do Kongresu. Dowiedzieliśmy się więc od niego, iż liczba zgłoszonych odczytów, demonstracyj naukowych wynosi 2700 (!), że z pomiędzy uczestników zagranicznych najwięcej, gdyż 900 przybyło z Niemiec, po 700 z Anglii, Francyi i Austro-Węgier, po 200 z Hiszpanii, Rosyi, Szwajcaryi i Stanów Zjednoczonych, wreszcie koło 500 pochodzi z Belgii, Holandyi, Turcyi, Portugalii, Szwecyi i Norwegii, Grecyi, Egiptu, Japonii, Meksyku, Ameryki południowej, wreszcie z wysp Borneo i Fidii; resztę stanowią Włosi. W liczbach tych mieści się 42 przedstawicieli różnych państw i 425 delegatów rozmaitych instytucyj naukowych.

Z kolei przemawiał Virchow, jako przewodniczący ostatniego Zjazdu w Berlinie, podając w mowie swej, odczytanej w języku włoskim motywy, dla których Rzym obrany został miejscem obecnego Kongresu. Po nim nastąpiły krótkie powitalne przemówienia urzędowych przedstawicieli państw a mianowicie Austryi (Vogl), Belgii (Crocq), Danii (Salomonsen), Egiptu (Hassan Pasza Mahmud), Francyi (Bouchard), Niemiec (Köhler), Anglii (Mac Cormac), Meksyku (Lavista), Norwegii (Laache), Portugalii (Roche), Holandyi (Stokvis), Rumunii (Severeano), Rosyi (Sklifosowskij), Szwecyi (Holmgren), Hiszpanii (Caro), Szwajcaryi (Kocher), Turcyi (Salih Bey) i Węgier (Csátary).

Po odczytaniu nazwisk prezydentów honorowych różnych państw, ukończono posiedzenie inauguralne, poczem para królewska, przez dłuższą chwilę obdarzywszy rozmową przedstawionych sobie delegatów państw, opuściła teatr a wraz z nią i ten wielotysięczny tłum, rozlewający się po sąsiednich ulicach miasta i kierujący się przeważnie do głównego biura na *via Genova* po nowe informacye, dzienniki i listy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## VII. Wiadomości bieżące.

**Kraków dnia 28. Czerwca 1894 r.**

**VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich** we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

Generalna Dyrekcya c. k. kolei państwowych udzieliła członkom i uczestnikom VII. Zjazdu lek. i przyr. polskich następujących ulg co do ceny: Kto chce odbyć podróż na szlakach kolei państwowych w Galicyi i Bukowinie II. klasą pociągu kuryerskiego, płaci należytość za bilet II. klasy pociągu osobowego; kto zaś chce odbyć podróż pociągiem osobowym, ten jadąc II. klasą płaci należytość za III. klasę.

Dla jadących klasą I. lub III. nie uzyskano więc żadnej ulgi.

Wydział gospodarczy VII. Zjazdu lek. i przyr. polskich we Lwowie uprasza więc wszystkich, którzy biorąc udział w Zjeździe, chcą korzystać z powyższej ulgi do podróży kolejowej, aby ile możności jak najrychlej przesłali wkładkę do skarbnika Dra Bylickiego, Lwów, ul. Kościuszki l. 7. i **podali dokładnie, którym szlakiem chcą odbyć podróż do Lwowa i z powrotem i w których stacyach kolejowych chcą się zatrzymać.**

**Jedynie w razie wczesnego zgłoszenia się, będzie mógł Wydział gospod. wystarać się o odpowiednią legitymacyą i przesłać ją członkowi Zjazdu.**

*Lwów 24. Czerwca 1894.*

*Dr. Józef Merunowicz.*

W dalszym ciągu zapowiedziano wykłady:

*W sekcyi medycyny teoretycznej:*

Z zakładu fizyologicznego Uniw. Jagiell. w Krakowie:

Prof. Dr. N. Cybulski: Przyczynek do zmian elektrycznych w mięśniu podczas tężca.

Tenże: Oznaczenie ilości ciepła w mięśniach podczas tężca za pomocą mikrokalorymetru.

Tenże i Dr. J. Zanietowski; Demonstracya nowego przyrządu do podrażnienia nerwów i mięśni (ekscytator absolutny).

Dr. Zanietowski: O sumowaniu podniet w rdzeniu pacierzowym i mózgu.

Dr. Czapliński i W. Szymonowicz: Resorpcya tłuszczu w jelicie grubem (z demonstr.).

Dr. W. Szymonowicz: Przyczynek do budowy zębiny (z demonstr.).

Doc. Dr. A. Beck i B. Czapliński: O zmianach pobudliwości sfery psychomotorycznej pod wpływem morfiny i atropiny u psów.

*W sekcyi medycyny wewnętrznej:*

Dr. Ludwik: O występywaniu czerwonych ciałek z jądrami w krwi obwodowej. (Studyum z kliniki prof. Dra E. Neussera).

Dr. Olejnik: Dwa przypadki syryngomyelii (z kliniki Dra E. Neussera w Wiedniu).

Tenże: Przyczynek do etyologii t. zw. *aphthae Bednari.*

Tenże i Dr. Ludwik: Zachowanie się krwi w kilku przypadkach raka.

Dr. J. Wernicki: Występywanie leukocytozy eozynofilnej, znaczenie jej patologiczne, wpływ na rozpoznanie i rokowanie w chorobach.

Dr. Wiczkowski Józef (ze Lwowa): O znaczeniu ciałek eozynowych we krwi, w plwocinach i w moczu.

*W sekcyi chirurgicznej:*

Dr. Drobnik (z Poznania): *a)* O leczeniu porażeń dziecięcych za pomocą przenoszenia czynności mięśni (plastyka ścięgien). *b)* O zależności niektórych postaci wilka od zachorzeń gruźliczych gruczołów i kości.

Niewiadomski: Ropnica pochodzenia usznego bez zakrzepu zatoki poprzecznej.

Prof. Dr. Obaliński (z Krakowa): O wyłuszczeniu włókniaków macicy.

*W sekcyi higieny i medycyny sądowej:*

Doc. Dr. Wachholz (z Krakowa): O oznaczeniu wieku ze zwłok z przebiegu kostnienia główki kości ramieniowej (z demonstracyą).

Tenże: Nieco o istocie stężenia pośmiertnego i o wpływie niektórych alkaloidów roślinnych na czas jego wystąpienia i przebieg.

Tenże: O zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia kwasem karbolowym.

Tenże i Dr. hr. Tyszkiewicz: O zmianach włosów ludzkich i zwierzęcych pod wpływem istot żrących i wysokiej ciepłoty.

Tenże i Dr. H. Kowalski (z Tarnowa). O potrzebie utworzenia stałych posad lekarzy sądowych (referat).

Uwaga. Stósownie do uchwały Wydziału gospodarczego sekcyi higieny i medycyny sądowej, zapowiadać można wykłady i referaty na ręce gospodarza sekcyi do 15. Lipca.

*W sekcyi dla chorób skórnych i wenerycznych:*

Dr. Misiewicz: Anatomia i patologia bezpłodności u mężczyzn.

Dr. Szadek: O wynikach leczenia kiły głębokiemi wstrzykiwaniami salicylanu i tymoloctanu rtęciowego.

Dr. Wroszyński: Przyczynek do kazuistyki późnej kiły.

---

— *Wiener Medizinische Wochenschrift* drukowała w ostatnich dwóch numerach pracę Dra Macheka o gruźlicy tęczówki, ogłoszoną poprzednio w naszym *Przeglądzie lekarskim*.

— Dr. Leon Nencki w Warszawie otrzymał na wystawie nowych wynalazków w Wenecyi dyplom honorowy (*diploma d'onoro per sua appoggio morale*).

— W dniu 12. b. m. i r. odbyło się w Warszawie doroczne zebranie ogólne uczestników Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych pozostałych po lekarzach, na którem kol. Rogowicz zdawał sprawę z czynności Komitetu tej instytucyi za rok ubiegły 1893. Ze sprawozdania tego między innemi dowiedzieliśmy się: 1) Że z początkiem 1893 r. Kasa Wsparcia liczyła członków 691. Z tej liczby zmarło w ciągu roku 14-tu, wykreślono jako niewnoszących składek 4-ch, wyjechało z kraju 3-ch; wogóle ubyło członków 21. Że zaś przybyło nowych uczestników 44-ch, zatem z końcem roku sprawozdawczego Kasa Wsparcia liczyła 714-tu członków. 2) Że fundusz żelazny powiększył się o 589 rs. i z końcem roku wynosił 34,481 rs. 3) Że fundusz ruchomy ze składek rocznych od członków i odsetek od funduszu żelaznego uzbierany wynosił wraz z remanentem z 1892 roku 7,033 rs., z którego wydano na wsparcia 5.488 rs. a na administracyę 386 rs.; wogóle 5,880 rs. 4) Że nadto wyznaczono wsparcia z odsetek od funduszów na specyalne wsparcia przeznaczonych a zostających w bezpośredniem rozporządzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w kwocie 1,116 rs. Tym sposobem wypłacono wsparcie 103 osobom i rodzinom w ogólnej kwocie 6,604 rs. 5) Że wreszcie zaległości w nieopłaconych składkach przez członków Kasy wynoszą 715 rs., z których 180 rs. należy się od lekarzy w gub. Suwalskiej mieszkających, reszta zaś od członków z Warszawy i innych gubernij, oprócz Kaliskiej i Siedleckiej, w których niema żadnej zaległości. (*Medycyna*).

— We wydziale lekarskim uniwersytetu wiedeńskiego wstrzymano temi dniami wszystkie wykłady kliniczne z przyczyny demonstracyj antysemickich w sali wykładowej przeciw prof H. Nothnaglowi, posądzanemu przez młodzież o sprzyjanie Izraelitom.

— Z Cieplic trenczyńskich otrzymujemy wiadomość, iż całkiem nieprawdziwemi są wieści o zalaniu przez wodę tej miejscowości leczniczej, do której można bez żadnej trudności dostać się przez Ungarisch-Hradisch.

— Na posiedzeniu Tow. lek. berlińskiego, odbytem w dniu 20. b. m., okazał R. Virchow preparat anatomiczny z raka krtani operowanego przed $2^{1}/_{2}$ laty przez J. Wolffa, z przypadku, w którym rezultat tak operacyjny, jak i czynnościowy, dzięki założeniu sztucznej krtani, był bardzo pomyślny. Chory zasłabł na wiosnę r. b. i umarł 20. Maja. Sekcya wykazała przerzuty w płucach i na udzie; w miejscu operacyi nie było nawet śladu raka.

— Na posiedzeniu komitetu jednego z Towarzystw lekarskich berlińskich okazał Liebreich nowy przyrząd do robienia sztucznego lodu, w którym zapomocą mięszaniny oziębiającej (azotanu amonowego) można w ciągu 12 minut zrobić $^{1}/_{2}$ kilograma zupełnie czystego lodu z wyjałowionej wody destylowanej. Przyrząd sam będzie kosztować od 20 do 25 marek a funt lodu ($^{1}/_{2}$ kilograma) od 60 do 70 fenigów, zatem dosyć drogo.

— Dla 66. zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich, odbyć się mającego w roku bieżącym w Wiedniu od 24. do 30. Września, wystarało się ministeryum oświaty austryackie u Rady Państwa o zasiłek 10,000 złr.

— W Hong-Kong wybuchnęła 5. Maja r. b. dżuma czyli dur wąglikowy i sprzątnęła dotychczas więcej niż 2,000 ludzi, po 70 do 80 na dzień. Choroba ta ma przypady ogólne, przypominające dur brzuszny i miejscowe w postaci właściwych dymienic. Dotychczas epidemia nawiedza wyłącznie Chińczyków; z Europejczyków umarł na dżumę dotąd tylko jeden żołnierz, zajmujący się desinfekcyą mieszkań zapowietrzonych. Jest rzeczą bardzo podobną do prawdy, że epidemią tegoroczną w Hong-Kong zawleczono z Pakhoï, portu położonego na południe od Hong-Kong. Dotychczas uciekło przed zarazą koło 100,000 Chińczyków przeważnie do Kantonu, gdzie trzeba obawiać się przeto także wybuchu epidemii.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego.

I. Nowe tematy:

1) Zbadać ostateczne produkty rozkładu białka i węglowodanów przy i bez dostępu tlenu, wywołane przez jedną ze znanych a dotąd pod tym względem nie zbadanych bakteryj chorobotwórczych. 2) Grunt warszawski pod względem bakteryologicznym. 3) Historya szkół lekarskich w Polsce w ciągu ostatniego wieku. 4) Wykaz wszystkich prac lekarskich polskich ogłoszonych drukiem od roku 1830 do 1890. 5) Tak zwany ropień okołomigdałkowy z punktu widzenia klinicznego i bakteryologicznego. 6) Zbadać chemiczne produkty wypróżnień cholerycznych. 7) Krytyczny pogląd na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny, w myśl prof. Horbaczewskiego 8) Gruźlica wygasła płuc (*tuberculosis obsoleta pulmonum*), jakość zmian anatomicznych i warunki powstawania. 9) Zmiany anatomiczne w chronicznem kataralnem zapaleniu dróg oddechowych (lub jednego z jego odcinków). 10) Zapalenie kataralne płuc (*pneumonia catarrhalis*) z punktu widzenia anatomopatologicznego i bakteryologicznego. 11) Zbadać doświadczalnie zmiany w siatkówce oka (*retina*) pod wpływem otrucia fosforem. 12) Morfologiczny i chemiczny stan krwi w zapaleniu nerek: stósunek pomiędzy jakościowem i ilościowem wydzielaniem się białka w moczu i składem chemicznym krwi, *resp.* surowicy krwi w tej chorobie. 13) Gazy krwi żylnej w stanach chorobowych, w szczególności w stanach anemicznych i autointoksykacyjnych (*uraemia*); absorbcya tlenu w stósunku do ilości hemoglobiny we krwi patologicznej. 14) Zbadać na zasadzie spostrzeżeń własnych rozwój mowy u dziecka i wykazać stósunek tego rozwoju do rozwoju inteligencyi u dziecka. 15) Opracować źródłowo historyę jednego z większych szpitali warszawskich od czasu założenia aż do chwili bieżącej. 16) Stósunek anatomo-topograficzny moczowodów do macicy i pęcherza u kobiety. 17) Badania z dziedziny antropologii krajowej, oparte na poszukiwaniach anatomicznych, fizyologicznych oraz na zestawieniach statystycznych. 18) Histologia *portionis vaginalis uteri* z uwzględnieniem zmian zależnych od wieku, począwszy od okresu zarodkowego a skończywszy na uwiądzie płciowym.

II. Tematy pozostawione z roku zeszłego.

19) Przeprowadzić badania bakteryologiczne krwi u suchotników. 20) Jakość i ilość bakteryj chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanej.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31. Marca 1895. roku.

Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z powyższych 20-tu tematów wyznacza się nagroda rs. 300. Takich nagród na rok 1894/5 jest pięć. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stósownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.